
Kritisk hændelse i psykiatrien i Region Midtjylland 2012

Rapport afgivet af en ekstern undersøgelseskommission
September 2012

I denne rapport er - i henhold til forvaltningslovens § 27 og offentlighedslovens § 12
- udtaget en række oplysninger om enkeltpersoners personlige og private forhold,
idet disse oplysninger er omfattet af reglerne om tavshedspligt.

Kritisk hændelse i psykiatrien i Region Midtjylland 2012

©CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland,
september 2012

Undersøgelseskommissionen har bestået af:

- Jørgen Albæk Jensen, professor, dr. jur. (formand),
- Agnete Philipsen, sygeplejerske, tidligere psykiatri- og socialdirektør i Region Syddanmark,
- Jakob May, socialrådgiver, MPA, centerleder ved Aarhus Kommunes Center for Forsorg og Specialiserede Indsatser,
- Peter Friese, cand.psych. (aut.), prorektor ved VIA University College og
- Per B. Vendsborg, speciallæge i psykiatri, dr.med., MPA, tidligere cheflæge i Region Sjælland.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Kvalitetsudvikling

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Tlf. 78 41 4000

E-mail: cfk@rm.dk

Hjemmeside: www.cfk.rm.dk

Forord

Den 7. februar 2012 skete det tragiske, at en socialpædagog i forbindelse med varetagelsen af sit arbejde på det socialpsykiatriske bosted Blåkærgård i Region Midtjylland blev dræbt af en beboer, hun var kontaktperson for. Region Midtjylland har efterfølgende bl.a. gennemført en intern kerneårsagsanalyse og udarbejdet en redegørelse. Desuden besluttede Region Midtjylland tidligt i forløbet at nedsætte en ekstern og uafhængig undersøgelseskommission til at undersøge alle aspekter i sagen. Denne rapport indeholder resultaterne af sidstnævnte undersøgelse.

Kommissionen ser meget positivt på dette initiativ ud fra en betragtning om, at det er særdeles vigtigt at få belyst uhensigtsmæssigheder, der har vanskeliggjort arbejdet med beboeren, og som har øget risikoen for så tragisk en hændelse. Ligeledes bakker kommissionen op om at skabe fremadrettet læring til gavn for lignende forløb i psykiatrien.

Et langvarigt forløb som det foreliggende med mange forskellige aktører involveret har betydet, at kommissionen har indhentet og gennemgået et meget omfangsrigt materiale, som går langt tilbage i tid og varierer i type fra dagbogsnotater til lovgivning. Kommissionen har modtaget alt det materiale, den har bedt om, og interviewet adskillige personer, som på den ene eller anden måde har været involveret i den drabssigtedes forløb, og som derfor har befundet sig i søgelyset for kommissionens arbejde. Nogle vil i den forbindelse måske mene, at uddrag og konklusioner vil være for nærgående over for personer, som har gjort deres bedste i krævende situationer. Til dette er at sige, at enkeltpersoners handlinger selvfølgelig påvirkes af det system og den ledelse og organisering, som disse handler under. Men samtidigt er det vigtigt at kunne forstå detaljerne i sagen. En organisation er langt hen ad vejen summen af enkeltpersoners handlinger. For at kunne opnå en detaljeret forståelse af forløbet er det derfor, efter kommissionens vurdering, nødvendigt at konfrontere medarbejdere og ledelse med de handlinger og valg, som har været foretaget.

Kommissionen har derfor drøftet, hvor tilbunds gående kommissionens arbejde kan være. Med tanke på ofret og de berørte samt det meget komplekse sagsforløb ville et kommissionsarbejde kunne have strakt sig over en meget længere periode. Denne tid har imidlertid ikke været til rådighed for kommissionen. Prioriteringer og afgrænsninger har derfor været nødvendige. Kommissionen mener dog at have undersøgt de vigtigste forhold i sagen. Det betyder, at der stadig findes uafdækkede områder, som også kunne fortjene mere opmærksomhed. Kommissionens anbefalinger vil derfor ikke være udtømmende.

Det er dog vigtigt for kommissionen i denne forbindelse at fastslå, at hovedformålet med undersøgelsen har været fremadrettet med fokus på læring, og at kommissionen ikke i sin undersøgelse har fundet konkrete fejl eller handlinger, der i sig selv har ført til, at drabet fandt sted.

For alle kommissionens medlemmer har det været et grundlæggende synspunkt, at det er uundgåeligt, at der foretages fejlvurderinger og begås handlinger, som viser sig at være uhensigtsmæssige. Procedurer og regler vil aldrig fuldt ud kunne forhindre en lignende situation igen. Det er dog kommissionens store håb, at undersøgelsen kan føre til læring og ændringer med henblik på at gøre organisationer og enkeltpersoner bedre i stand til at håndtere fremtidige udfordringer.

Aarhus, september 2012

Jørgen Albæk Jensen, Agnete Philipsen, Jakob May, Peter Friese og Per B. Vendsborg

I denne rapport er - i henhold til forvaltningslovens § 27 og offentlighedslovens § 12 - udtaget en række oplysninger om enkeltpersoners personlige og private forhold, idet disse oplysninger er omfattet af reglerne om tavshedspligt.

Indholdsfortegnelse

INTRODUKTION	1
Læsevejledning	1
Begrebsafklaring til funktionsbetegnelser	2
Kommissionens arbejdsform	3
Faktuelt hændelses- og livsforløb	5
DEL 1 - KOMMISSIONENS VURDERINGER AF PARTERNE	9
Handlekommunens ansvar for visitation og opfølgning	9
Kriminalforsorgens varetagelse af tilsynsforpligtelsen	13
Socialfaglig indsats på botilbuddet Blåkærgård	16
Diagnostisering i behandlingspsykiatrien	23
Behandling i behandlingspsykiatrien	25
Behandlingsansvar i psykiatrien	28
Region Midtjyllands håndtering af den faglige udvikling i psykiatrien	32
DEL 2 - TVÆRGÅENDE PERSPEKTIVER	37
Overlevering af viden om X	37
Kontinuitet i forløbet	41
Konklusion: Sikring af en helhedsorienteret indsats	44
Bilag 1: Tekst til oversigtsark	

I denne rapport er - i henhold til forvaltningslovens § 27 og offentlighedslovens § 12 - udtaget en række oplysninger om enkeltpersoners personlige og private forhold, idet disse oplysninger er omfattet af reglerne om tavshedspligt.

Introduktion

Direktionen i Region Midtjylland sammensatte i april 2012 en ekstern undersøgelseskommission til at gennemgå hændelsesforløbet, der ulykkeligtvis førte til drabet på en af Region Midtjyllands medarbejdere.

Kommissoriet for undersøgelsen har været følgende:

- at undersøge og beskrive forløbet omkring beboeren X fra 2010 til den 7. februar 2012 og tiden umiddelbart herefter,
- at undersøge, beskrive og vurdere, hvordan der i denne sammenhæng er handlet af medarbejdere, ledere og/eller institutioner i regionen, herunder processen i forbindelse med, at X optages på Blågårdsgård,
- at undersøge og vurdere praksis og procedurer i regionen, herunder dialog og samarbejde mellem Blågårdsgård og regionens behandlingspsykiatri og andre relevante samarbejdspartner – fx Kriminalforsorgen og Xs handlekommune.

Det hedder endvidere, at kommissionen på baggrund af den uafhængige vurdering af sagen kan komme med anbefalinger til regionen. Dette har kommissionen prioriteret i undersøgelsen.

Kommissionen har haft følgende sammensætning:

- Jørgen Albæk Jensen, professor, dr. jur. (formand),
- Agnete Philipsen, sygeplejerske, tidligere psykiatri- og socialdirektør i Region Syddanmark,
- Jakob May, socialrådgiver, MPA, centerleder ved Aarhus Kommunes Center for Forsorg og Specialiserede Indsatser,
- Peter Friese, cand.psych. (aut), prorektor ved VIA University College og
- Per B. Vendsborg, speciallæge i psykiatri, dr.med., MPA, tidligere cheflæge i Region Sjælland.

Kommissionen er sammensat ud fra et bredt erfaringsmæssigt grundlag og et tværfagligt perspektiv. Dette sikrer forskellige professionelle og faglige vinkler i vurderingerne.

Kommissionen har været sekretariatsbetjent af jurist Nina Skarum, Koncern HR samt fra CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling: kontorchef Henriette Qvist, faglig leder Anette Stamer Ørsted og konsulent Marianne Sigaard Balleby.

Med denne rapport afslutter kommissionen sit arbejde.

Læsevejledning

Læsevejledningen giver i det følgende overblik over rapportens indhold og struktur.

Dette første afsnit udgør en introduktion til kommissionsundersøgelsen. Her præsenteres kommissionens medlemmer, den metodiske tilgang til undersøgelsen samt en begrebsafklaring til læsning af rapportens funktionsbetegnelser. Der redegøres kort for Xs livs- og hændelsesforløb. Redegørelsen har til formål at medvirke til, at læseren opnår en samlet viden om forløbet samt en forståelse af, hvilket menneske sagen omhandler set i et personligt og behandlingsmæssigt perspektiv.

Rapporten er herudover struktureret i to hovedafsnit, som indeholder kommissionens vurderinger og anbefalinger.

Del 1 omhandler kommissionens vurderinger af Xs forløb i relation til de centrale parter i sagsforløbet. Afsnittene er struktureret således, at de indledningsvist rammesætter de faktuelle begivenheder relateret til den omtalte parts rolle i forløbet. Herefter indeholder afsnittene en indføring i kommissionens vurderinger af de(n) pågældende aktør(er)s håndtering af forløbet. Endeligt afsluttes hvert afsnit med kommissionens anbefalinger til den pågældende aktørs rolle og funktion i forhold til den fremtidige faglige indsats.

Del 2 består af kommissionens vurderinger af de tværgående temaer i det pågældende forløb: Overlevering af viden og kontinuitet. Desuden præsenterer kommissionen sine konklusioner i form af opmærksomhedspunkter til sikring af en helhedsorienteret indsats.

Begrebsafklaring til funktionsbetegnelser

Undersøgelsen rummer mange aktører med forskellige funktionsbetegnelser. For at skabe en fælles forståelse af begreberne og imødegå eventuel forvirring oplistes kommissionens brug af betegnelser for de involverede parter.

Overordnet set betegner kommissionen regionens psykiatri som *det samlede psykiatriske tilbud*. Hermed forstås en *socialpsykiatri* med en række sociale tilbud samt en *behandlingspsykiatri*, der er opdelt i en *stationær psykiatri* og en *ambulant psykiatri*. Den stationære psykiatri omfatter sengeafsnittene på Sønderøsparken, mens den ambulante psykiatri omhandler retspsykiatrisk udgående team og overlægen med det formelle behandlingsansvar.

Endelig benævnes den dræbte socialpædagog Y og drabsmanden X.

Kommissionens arbejdsform

Kommissionen holdt sit første møde den 30. april 2012, og har efterfølgende mødtes seks gange i undersøgelsesperioden. Undersøgelsesopdraget har lydt på færdiggørelse senest den 1. oktober 2012.

Kommissionen har tidligt i forløbet valgt en arbejdsform, hvor kommissionsmedlemmerne bidrager aktivt til indhentning og bearbejdning af oplysninger vedrørende hændelsen og de involverede parter. Datagrundlaget har været det foreliggende skriftlige sagsmateriale, herunder journaler og dagbogsnotater om drabsmandens forløb i psykiatrien, beskrivelser af arbejdspladsernes arbejdsmiljøorganisation, kvalitetsprojekter, tilsynsrapporter, voldsanmeldelser samt statistikker over kurser og uddannelsesniveauer på arbejdspladserne. Sagsmaterialet er suppleret med interviews af 28 personer fordelt på 14 interviews samt besøg på Blåkærgård og i behandlingspsykiatrien i Viborg. Dataindsamlingsprocessen har været eksplorativ og kendetegnet ved, at indsamlingen af datamaterialet har udviklet sig undervejs i undersøgelsesforløbet ved, at kommissionen har forfulgt de sammenhænge, som har vist sig relevante, efterhånden som kommissionen har opnået viden om forløbet.

Interview

Følgende parter er blevet interviewet:

- Personale og ledelse på Blåkærgård,
- personale og ledelse på Sengeafsnit for Intensiv Behandling og Observation (modtagelsesafsnittet, 3. etage), Sønderøparken i Viborg,
- personale og ledelse fra retspsykiatrisk enhed (sengeafsnit, 5. og 6. etage og retspsykiatrisk klinik/retspsykiatrisk udgående team), Sønderøparken i Viborg,
- overlæge i den ambulante behandlingspsykiatri, Sønderøparken i Viborg,
- bistandsværge for beboer/patient,
- kommunal sagsbehandler fra Thisted Kommune,
- tilsynsførende fra Kriminalforsorgen,
- centerchef for Center for Voksensocial, herunder de socialpsykiatriske botilbud i Region Midtjylland og
- cheflæge og socialchef fra Psykiatri og Socialledelsen i Region Midtjylland.

Ledelse og personale er i udgangspunktet interviewet hver for sig. Nogle interviews har været individuelle, andre i grupper. Interviewene er planlagt og gennemført i et samarbejde mellem kommissionen og sekretariatet. Interviewene har været semistrukturede med baggrund i en interviewguide, som er tilpasset målgruppen for det enkelte interview. Interviewpersonerne har før interviewet modtaget informationer om interviewets formål og indhold. Interviewene er blevet optaget og en stor del er efterfølgende transskriberet. Personalet på Blåkærgård har efter interviewet fået mulighed for at supplere med skriftlige bemærkninger, hvilket en enkelt medarbejder har benyttet sig af. Ud over interviewene er der indhentet korte udtalelser telefonisk fra Blåkærgård og fra Blåkærgårds supervisor og psykolog fra Rusmiddelpsykiatri MA3 i Risskov.

I forbindelse med dataindsamlingen har kommissionen drøftet, hvorvidt Xs egne synspunkter på forløbet skulle indgå i undersøgelsen. Det er dog blevet fravalgt af kommissionen. Ligeledes har kommissionen valgt ikke at indhente særskilte data fra den del af misbrugsbehandlingen, der har været varetaget af Viborg Kommune.

Audit som ramme for vurderingerne

Som led i undersøgelsen har CFK's udgave af auditmetoden været anvendt.¹ Denne metode har i mange sammenhænge vist sig velegnet til at analysere kritiske forløb med henblik på at uddrage læringsaspekter, der kan benyttes fremadrettet.

Elementerne i audit er et relevant sammensat auditpanel, her bestående af kommissionen, et vurderingsskema med fastlagte vurderingstemaer og -spørgsmål, sagsmateriale, der illustrerer den fagpraksis, der auditeres, individuel forberedelse og et auditmøde fastlagt efter en struktur, hvor paneldeltagerne fremlægger deres svar på de enkelte spørgsmål, hvorefter de individuelle vurderinger danner baggrund for drøftelser, konklusioner og anbefalinger til fremtidig praksis. Anbefalingerne retter sig i denne sammenhæng mod forskellige analyseniveauer. Hvor nogle anbefalinger vedrører konkret fagpraksis hos de involverede aktører, har andre mere strukturel karakter og kan bidrage fremadrettet til håndteringen af udfordringer i det samlede psykiatriske tilbud.

¹ Isager, Anne-Mette Kamper (2009): *Om Audit – en metode til læring og kvalitetsudvikling i fagpraksis*. Center for Kvalitetsudvikling. Region Midtjylland.

rehabilitering og Viborg Kommune, som varetager den medicinske del af misbrugsbehandlingen. Disse forskellige aktører har forskellige roller at udfylde og arbejder i henhold til forskellige sæt af love i form af bl.a. serviceloven, sundhedsloven, psykiatriloven og straffeloven. Dette giver aktørerne forskellige betingelser for arbejdet samtidig med, at der skal samarbejdes på tværs af aktører og forvaltninger.

Del 1 - Kommissionens vurderinger af parterne

I det følgende præsenteres undersøgelseskommissionens vurdering af Xs forløb samt de handlinger og valg, der er foretaget af de fagprofessionelle aktører, der har været involveret i forløbet. Afsnittene er alle struktureret ud fra indledningsvist at rammesætte de faktuelle begivenheder for involveringen af de omtalte aktører. Herefter indeholder afsnittene en indføring i kommissionens vurderinger af de(n) pågældende aktør(er)s håndtering af forløbet. Endeligt fremsætter kommissionen sine anbefalinger vedrørende den enkelte aktørs bidrag til fremtidige forløb.

Handlekommunens ansvar for visitation og opfølgning

I 2010 overtager Thisted Kommune betalings- og handleforpligtigelsen for X. Dette sker med afsæt i ændringen af den hidtidige adskillelse af handle- og betalingskommuner således, at betalingskommunen fremadrettet også bliver handlekommune.⁴ Thisted Kommune figurerer som seneste opholdskommune, fordi X i nogle måneder omkring år 2001 har en egen bolig i Thisted i forlængelse af et døgnbehandlingsophold på et nærliggende misbrugsbehandlingssted.⁵

X indlægges på retspsykiatrisk sengeafsnit i Søndersøparken i Viborg den 4. december 2009, først i varetægtssurrogat og senere i henhold til behandlingsdom af den 11. februar 2010. Thisted Kommune visiterer første gang X til det regionale botilbud Blåkjærgård den 1. oktober 2010. Af Kommunens handleplan fremgår det, at formålet er "*at sikre [X, red] et længerevarende botilbud på Blåkjærgård, i døgndækkede strukturerede rammer for at have et kvalitativt godt liv og forebygge tilbagefald i massivt misbrug og kriminalitet*"⁶. Det fremgår endvidere, at formålet opnås ved "*strukturerede rammer med en struktureret hverdag og støtte til at blive mindet om aftaler og pligter*."⁷ Det socialpsykiatriske botilbud vurderes at kunne "rumme" X, så han kan få en hverdag til at fungere med et minimalt forbrug af hash.⁸

Den 9. oktober 2010 er X involveret i en voldelig episode, da han forlader Blåkjærgård og begår overfald på nogle personer på banegården i Viborg. Indlæggelsen i retspsykiatrisk sengeafsnit genoptages, først i varetægtssurrogat, og den 4. april 2011 afsiges på ny en behandlingsdom svarende til den tidligere dom. Den 1. juni 2011 genvisiteres X til Blåkjærgård, denne gang med en udslusningsperiode på en måned, hvor X sammen med sine kontaktpersoner fra retspsykiatrisk sengeafsnit besøger Blåkjærgård forud for indflytningen. Blåkjærgård foreslår, at Thisted Kommune bevilger otte ekstratimer i døgnnet i de første tre måneder til den særlige indsats, det kræver at sikre, at X ikke forlader

⁴ Det fremgår af journalnotater fra Retspsykiatrisk Sengeafsnit den 12., 17. og 18. maj 2010, at socialrådgiveren i retspsykiatrisk enhed afklarer Xs kommunale tilhørsforhold i samarbejde med Viborg Kommune og Thisted Kommune. Afklaringen betyder, at Thisted Kommune overtager handleforpligtelsen i Xs sag forud for ikrafttræden af en, på det tidspunkt, formodet lovændring af retssikkerhedslovens § 9, som betyder, at betalings- og handlekommunen bliver den samme, jf. *LBK nr. 656 af 15/06/2011, § 9*.

⁵ Sengeafsnit for Retspsykiatri: *Journalnotat af den 12. maj 2010*.

⁶ Thisted Kommune (23.09.2010): *Handleplan jf. lov om social service § 141*.

⁷ Thisted Kommune (23.09.2010): *Handleplan jf. lov om social service § 141*.

⁸ Thisted Kommune (23.09.2010): *Indstillingsskema*.

Blåkærgård uden ledsagelse. Der evalueres månedligt og reduceres, når "der ikke længere er behov for en særlig indsats". Sagsbehandleren svarer, at vedkommende "kan komme igennem med" otte timer ekstra i døgnet den første måned, derefter seks timer i døgnet den anden måned og en nedtrapning til fire ekstra timer i døgnet den tredje måned. Denne nedtrappingsplan accepteres af Blåkærgård.⁹

Kommissionens vurderinger af handlekommunens ansvar for visitation og opfølgning

Kommissionen konstaterer, at Thisted Kommune i denne sag vælger et botilbud, som kommunen har kendskab til arbejder med målgruppen af mennesker med svære psykiatriske lidelser ofte kombineret med misbrug. Sagsbehandleren fortæller også, at vedkommende, gennem mange års arbejde som sagsbehandler for forskellige kommuner og i psykiatrien, har erfaring med sager, der både rummer psykiatri- og misbrugsproblemstillinger. I valget af botilbud synes kommunen på den ene side ikke at være styret af økonomiske hensyn, da kommunen af flere muligheder vælger den dyreste løsning. På den anden side forholder kommissionen sig kritisk til, at kommunen fortsætter nedtrappingen af de ekstra bevilgede timer i overgangsperioden juni-september 2011 trods det problematiske forløb, hvor X gentagne gange bryder de indgåede aftaler.

Kommissionen anfægter desuden formuleringerne fra kommunens indstilling om, at botilbuddet skal kunne "rumme" X med dennes psykiske problemstillinger og misbruget. "Rummelighed" er ikke et servicelovsbegreb, og kommissionen vurderer, at det er et svagt afsæt for en systematisk socialfaglig indsats.

I henhold til serviceloven har kommunen pligt til at tilbyde at udarbejde en handleplan for målgruppen af "personer med alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre de personlige udviklingsmuligheder"¹⁰. Handleplanen har til hensigt:

...at klargøre målet med indsatsen, at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats og at tydeliggøre forpligtelsen for alle involverede personer, instanser og forvaltningsgrene. Samtidig bidrager udarbejdelse af en handleplan til at styrke borgerens indflydelse på sagsbehandlingen, idet handlingsplanen er en fælles plan for borgeren og kommunen om indsatsen over for den enkelte.¹¹

Handleplanen skal derfor i dette tilfælde danne rammen for en samarbejdsproces med borgeren og sikre en koordineret indsats mellem de involverede parter.

Kommissionen stiller sig kritisk over for den handleplan, Thisted Kommune udarbejder for X. Den er kortfattet og upræcis, da den på et overordnet plan stort set udelukkende fokuserer på at mindske misbruget og undgå kriminalitet. Handleplanen undlader på denne måde at tydeliggøre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, lige så vel som den individualiserede sagsbehandling, hvor borgeren inddrages, er fraværende. Særligt om handleplaner for stofmisbrugere foreskriver vejledningen til serviceloven, at der arbejdes

⁹ Thisted Kommune (02.05.2011): *Mail til forstander på Blåkærgård*; Forstander på Blåkærgård (03.05.2011): *Mail til sagsbehandleren fra Thisted Kommune*.

¹⁰ Social- og Integrationsministeriet (2012): *LBK nr 810 af 19/07/2012, § 141, stk. 2, litra 2*.

¹¹ Social- og Integrationsministeriet (2012): *VEJ nr 12 af 15/2 2011, pkt. 121*.

med delmål for indsatsen for den enkelte misbruger. Videre står der i servicelovens vejledning, at der bør:

indgå en beskrivelse af behandlingsforløbet, hvor det pågældende behandlingstilbud - det være sig privat eller offentligt - sammen med misbrugeren, den visiterende myndighed og eventuelt andre samarbejdspartnere udstikker målene for behandlingen, de behandlingsmæssige faser og metoder.¹²

I stedet for at beskrive indsatsens mål og delmål forlader Thisted Kommune sig på ekspertise hos Blågård og i behandlingspsykiatrien. Det udtrykkes fra sagsbehandleren i interviewet, at:

vi køber en vare (...) så er det dem der skal lave den der pædagogiske plan, om hvordan de gør rent praktisk.

(sagsbehandler, Thisted Kommune)

Det vurderes, at den konkrete handleplan ikke lever op til vejledningens bestemmelser, da den i den foreliggende form ikke kan bidrage til en fremadrettet styret indsats og en løbende evaluering af indsatsen.

Det fremgår af sagsmaterialet, at Thisted Kommune jævnligt deltager i netværksmøder og andre møder, hvor de involverede aktører er til stede. Sagsbehandleren følger på denne måde sagen og giver under interview med kommissionen udtryk for at have oplevet sig velinformeret i kraft af disse møder. Men sagsbehandleren fremhæver over for kommissionen sin gennemgående oplevelse af et dårligt samarbejde i psykiatrien:

...det der behandlingspsykiatri - den ene hånd ved ikke, hvad den anden gør. Når de er kommet fra en lukket afdeling til en åben afdeling, så kan det være galt nok, men når folk så skal ud i distriktspsykiatrien, så skal man altså virkelig kridte skoene for at få lavet nogle ordentlige aftaler.

(sagsbehandler, Thisted Kommune)

Sagsbehandlerens udtalelse vidner om en accept af et system, der har samarbejdsvanskeligheder, hvilket kommunen, ifølge kommissionen, burde påtale som uhensigtsmæssig faglig adfærd i forhold til en helhedsorienteret indsats.

Ifølge lovgrundlaget har kommunen ansvaret for, at kommunens handleplaner koordineres med kriminalforsorgen og for løbende at sikre sig, at kommunens støtteforanstaltninger og indsatser i øvrigt koordineres med kriminalforsorgens tiltag og at evt. andre relevante samarbejdsparter inddrages i arbejdet.¹³ Dette koordineringsarbejde fra kommunens side vurderer kommissionen ikke har fundet sted i tilfredsstillende grad i det konkrete forløb.

¹² Social- og Integrationsministeriet (2011): *VEJ nr. 12 af 15/2 2011*, pkt. 126.

¹³ Social- og Integrationsministeriet (2011): *VEJ nr. 12 af 15/2 2011*, pkt. 129; Social- og Integrationsministeriet (2006): *LBK nr. 642 af 15/06/2006*.

Ifølge vejledningen til serviceloven¹⁴ indebærer det personrelaterede tilsyn, at kommunen løbende følger op på de enkelte sager for at sikre sig, at hjælpen fortsat opfylder sit formål. Kommissionen peger på, at kommunen ikke anvender sin formelt juridiske position til at "sætte sig for bordenden" og kræve en koordineret indsats. Kommissionen har snarere den opfattelse, at Thisted Kommune forlader sig på Blåkærgård og behandlingspsykiatriens vilkår og manglende håndtering af ansvaret for forløbet, snarere end at tage udgangspunkt i at styrke borgerens forløb, som Thisted Kommune betaler for. I drøftelsen af rækkevidden af kommunens ansvar for at kræve en sammenhængende indsats, peger kommissionen på, at sagsbehandleren kun i mindre grad har mulighed for reelt at stille disse krav om samarbejde. Kommissionen anfægter dog kommunens opfølgning på forløbet ud fra begrundelsen om, at der ikke tages konsekvens af den negative udvikling i Xs misbrug, og ikke følges op på, om rammerne opfylder kravene om struktur.

Kommissionens anbefalinger til kommunens ansvar for visitation og opfølgning

Hvad angår kommunens ansvar for visitation og opfølgning anbefaler kommissionen, at:

- den kommunale handleplan udformes med afsæt i behandlingspsykiatriens viden om borgerens behov for struktur og støtte,
- handleplanen udformes, så den bliver et aktivt styringsinstrument, som løbende evalueres og justeres i samarbejde med involverede fagprofessionelle,
- handlekommunen indtager en udfarende og aktiv position, sådan som regelgrundlaget giver mulighed for, og forlanger et samarbejde mellem parterne til gavn for borgerens forløb.

¹⁴ Social- og Integrationsministeriet (2011): *VEJ nr. 12 af 15/2 2011*, pkt. 130.

Kriminalforsorgens varetagelse af tilsynsforpligtelsen

I februar 2010 dømmes X af retten til at undergive sig psykiatrisk behandling. Han er indlagt på sengeafsnittet i retspsykiatrien i Viborg (5. og 6. etage) i perioden december 2009 - juni 2011 kun afbrudt af forsøget på udflytning til Blåkærgård i oktober 2010, hvor X forlader Blåkærgård, misbruger og på ny er involveret i en voldelig episode. Den 4. april 2011 idømmes X en behandlingsdom, som stadfæster den tidligere dom fra februar 2010. Den særforanstaltning, X idømmes, betyder, at Kriminalforsorgen spiller en rolle i forhold til at føre tilsyn med, at dommen overholdes.

Kriminalforsorgens tilsyn i forbindelse med udskrivningen fra retspsykiatrisk sengeafsnit i maj/juni 2011 indledes ved, at tilsynsførende fra Kriminalforsorgen deltager i et netværksmøde den 13. april 2011. Behandlingsdommen udmøntes således i en udskrivningsaftale, der underskrives af X den 28. april 2011, hvori der er aftalt særvilkår i forhold til misbrug og voldelig adfærd for Xs ophold på Blåkærgård. Såfremt disse særvilkår ikke overholdes, skal han genindlægges på psykiatrisk afdeling i Viborg. I henhold til dommen kan "*Kriminalforsorgen sammen med overlægen træffe bestemmelse om genindlæggelse*". Behandlingsansvaret for X overgår ved udskrivelse fra retspsykiatrisk sengeafsnit (5. og 6. etage) til overlægen i den ambulante psykiatri. Det aftales, at eventuel genindlæggelse sker i modtagelsesafsnittet (3. etage) i Søndersøparken i Viborg.

Fuldbyrdelsen af Xs behandlingsdom forudsættes fra juni 2011 varetaget af den behandlingsansvarlige overlæge i den ambulante psykiatri i samarbejde med Kriminalforsorgen og behandlingspsykiatriens modtagelsesafsnit ved genindlæggelse. Kriminalforsorgen skal føre tilsyn med den dømte, jf. vejledning om Kriminalforsorgens tilsyn med personer, der er idømt en foranstaltning efter straffelovens §§ 68 eller 69. Tilsynet har til formål at begrænse den dømtes tilbagefald til kriminalitet og består på den ene side af støtte og på den anden side af kontrol. Det forudsættes endvidere, at der er et tæt samarbejde mellem psykiatrien og Kriminalforsorgen. Sundhedsstyrelsens vejledning om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulat psykiatrisk behandling¹⁵, præciserer, at Kriminalforsorgen i samarbejde med det psykiatriske behandlingssted skal påse, at patienten følger behandlingen. Dette kan ske ved, at Kriminalforsorgen ved en bekymring for den dømte patient, fx ved mistanke om fornyet kriminalitet, kontakter den behandlingsansvarlige overlæge, der hurtigst muligt sørger for, at patienten tilses. Desuden beskriver vejledningen, hvordan beslutning om indlæggelse skal foregå i et samarbejde mellem den behandlingsansvarlige overlæge og Kriminalforsorgen, samt at udskrivelse af patienter, hvilket den behandlingsansvarlige overlæge på afdelingen har kompetencen til, altid bør drøftes med Kriminalforsorgen.

Kommissionens vurderinger af Kriminalforsorgens tilsyn

Kommissionen vurderer, at samarbejdet mellem den behandlingsansvarlige overlæge og Kriminalforsorgen ikke stemmer overens med det samarbejde, som ovennævnte vejledning om behandlingsansvar for behandlingsdømte foreskriver. Kriminalforsorgens vurderinger af risici for tilbagefald i kriminalitet spiller ikke nogen rolle i kommunikationen mellem de implicerede fagprofessionelle. Kriminalforsorgen fremgår ikke som en aktiv bidragsyder i

¹⁵ Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010): *VEJ nr. 9614 af 08/11/2010*.

beslutninger om genindlæggelse, men orienteres blot efterfølgende om, at X er blevet indlagt. Kriminalforsorgen synes heller ikke at have været involveret i Xs udskrivelser fra modtagelsesafsnittet (3. etage).

Kommissionen vurderer, at Kriminalforsorgens tilsyn ikke har været af en karakter, som kan have gjort det muligt for Kriminalforsorgen at følge Xs psykiske tilstand og træffe afgørelse om eventuel genindlæggelse. Dette skal ses i lyset af, at tilsynsmyndigheden kun tilser X én gang i en periode, som strækker sig fra foråret 2011 til drabet på Y i februar 2012. I reglerne om Kriminalforsorgens tilsynsforpligtelse er det ikke nærmere foreskrevet, hvorledes eller hvor ofte et tilsyn skal foregå.¹⁶ Kommissionen konstaterer på den baggrund, at Kriminalforsorgen gennemfører tilsyn og overholder sin lovgivningsmæssige forpligtelse. Men kommissionen må samtidig konstatere, at Kriminalforsorgen har haft en så tilbagetrukket rolle i forløbet, at det har umuliggjort en opfyldelse af formålet om at bidrage med sine kompetencer og være opmærksom på ændringer hos klienten, som kan begrunde en indlæggelse.

På den ene side er aftaler om indlæggelser præciseret i udskrivningsaftalens særvilkår, hvilket kan forklare Kriminalforsorgens tilbagetrukne rolle. På den anden side anser kommissionen det for relevant, at Kriminalforsorgen holder sig ajour med klientens tilstand i højere grad, end det har været tilfældet med X. Kriminalforsorgen tolker lovgivningen om, at de ikke skal føre tilsyn med klienten under indlæggelse, således, at den tilsynsførende intet har med X at gøre, når han er indlagt på modtagelsesafsnittet (3. etage). Kommissionen undrer sig over denne praksis og vurderer, at der netop i forbindelse med X har været behov for, at Kriminalforsorgen har fulgt med i Xs tilstand i forbindelse med de 13 indlæggelser. Med et tættere tilsyn, også under indlæggelserne, ville Kriminalforsorgen kunne have budt ind med erfaringer angående risici for kriminalitetsrecidiv og have bidraget til opfølgningen af dommen og en evaluering af hensigtsmæssigheden af den indgåede udskrivningsaftale. Det vil sige, at Kriminalforsorgen, ved at følge forløbet mere tæt, kunne have bidraget til en evaluering af den valgte linje og udvist en bekymring for, om botilbuddet var det rette for X. Dette standpunkt bakkes op af ledelsen i behandlingspsykiatrien:

...Så kunne Kriminalforsorgen komme udefra og sige: Sig mig engang, hvad har I gang i? Og der mangler jeg nok, at de havde sagt - altså spurgt til det her - om det kørte, som det skulle. Og det er ikke for at fralægge mig det ansvar, vi har, men mere fordi man jo håber på, at hvis man så alligevel ikke gør, som man burde, jamen er der så ikke nogen, der er rare og sige, at man ikke gør det godt nok.

(Ledelsesrepræsentant, behandlingspsykiatrien Viborg-Skive)

I ugerne forud for drabet peger X på, at han har svært ved at være i det åbne miljø. Denne form for udsagn fra klienten kunne have udløst en reaktion fra Kriminalforsorgen under

¹⁶ Justitsministeriet (2012): LOV nr. 435 af 15/05/2012 (Straffuldbyrddelsesloven) §§ 94-99 jf. CIR nr. 52 af 27/06/2006, Cirkulære om kriminalforsorgens tilsyn med personer, der er idømt en foranstaltning efter straffelovens § 68 eller § 69; VEJ nr. 53 af 27/06/2006, Vejledning om kriminalforsorgens tilsyn med personer, der er idømt en foranstaltning efter straffelovens § 68 eller § 69.

forudsætning af, at Kriminalforsorgen havde været opsøgende i forhold til relevant information fra de øvrige parter.

Der er i forbindelse med kommissionsundersøgelsen ikke indhentet journalmateriale fra Kriminalforsorgen. Af det materiale, der foreligger hos øvrige parter, og ud fra, hvad er indhentet gennem interview, konstaterer kommissionen, at tilsynet i dette forløb har været utilstrækkeligt.

Hovedparten af de interviewede samarbejdsparter til Kriminalforsorgen udtaler, at Kriminalforsorgens involvering i dette forløb ikke har adskilt sig fra det, de ofte oplever. Generelt efterspørges, at Kriminalforsorgen byder mere aktivt ind med deres viden om målgruppen.

Kommissionen stiller sig kritisk over for tilsyn af denne karakter, hvor kontakten til dømte og samarbejdsparterne i den dømtes forløb er yderst begrænset. Det forekommer således meget tvivlsomt, hvorvidt tilsyn af denne karakter kan medvirke til en begrænsning af kriminalitet. Et af kommissionsmedlemmerne konstaterer i denne sammenhæng:

Hvis formålet med tilsyn er at hjælpe og kontrollere, så må de redefinere deres rolle.

(Kommissionsmedlem)

Kommissionens anbefalinger til Kriminalforsorgens varetagelse af tilsynsforpligtelsen

I udmøntningen af behandlingsdomme, hvor Kriminalforsorgen skal føre tilsyn, anbefaler kommissionen, at:

- hyppigheden af og indholdet i tilsynene afspejler klientens behov for støtte og kontrol,
- Kriminalforsorgen bidrager med sin viden om målgruppen og påtager sig at følge op på, hvorvidt den konkrete udmøntning af dommen er hensigtsmæssig med henblik på undgåelse af kriminalitetsrecidiv,
- Kriminalforsorgen er opmærksom på koordination og samarbejde i forbindelse med udmøntningen af behandlingsdommen over for den enkelte klient.

Socialfaglig indsats på botilbuddet Blåkærgård

Thisted Kommune visiterer X til Blåkærgård første gang den 1. oktober 2010. Den 9. oktober 2010 er X på ny involveret i en voldelig episode og varetægtsurrogatfængsles i retspsykiatrisk sengeafsnit. Han når reelt ikke at blive udskrevet fra sengeafsnittet, og boligen på Blåkærgård opsiges. Ved anden visitation til Blåkærgård er indlagt en større forberedelse af udslusningen, idet der i behandlingspsykiatrien udformes den omtalte udskrivningsaftale, som beskriver parterne og de særlige vilkår, X skal overholde for at bo på Blåkærgård. Der etableres et tre måneders overgangsforløb med henblik på en langsom overgang til botilbuddet. I overgangsperioden bevilliges i de fire første uger otte timers ekstra bemanning i døgnnet med nedtrapning heraf, således at der betales en normal takst efter tredje måned.¹⁷

Efter indflytningen på Blåkærgård i juni 2011 har misbrugsbehandlingen delvis været varetaget af Blåkærgård, delvis af Viborg Kommunes misbrugscenter, som har varetaget den medicinske del af misbrugsbehandlingen.

Botilbuddet Blåkærgård

Blåkærgård er et socialpsykiatrisk botilbud etableret efter servicelovens § 108. Boformen er egnet til et længerevarende ophold til personer, som har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner, pleje, omsorg og/eller behandling på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Målgruppen for beboerne er mennesker fra 18 til 65 år med psykiatriske lidelser som eksempelvis skizofreni, depression, anden psykose og personlighedsforstyrrelser. Sindslidelsen er ofte kombineret med problemstillinger forårsaget af misbrug, udadreagerende adfærd og behandlingsdomme.¹⁸ I 2011 har 11 ud af 18 beboere således en behandlingsdom. Da der er tale om længerevarende ophold, er boligerne på Blåkærgård beboernes private hjem. Som det fremgår af botilbuddets hjemmeside er målet med indsatsen på Blåkærgård:

at mennesker med sindslidelse ydes en respektfuld hjælp efter behov, så den sindslidende i videst mulig omfang mestrer eget liv i overensstemmelse med egne ønsker og det omgivne samfunds muligheder og begrænsninger.¹⁹

Der er ansat omkring 45 medarbejdere på Blåkærgård. Disse har, ifølge oplysninger fra Blåkærgård, følgende uddannelsesmæssige baggrund: Seks sygeplejersker, seks pædagoger, en idrætspædagog, en afspændingspædagog, femten social- og sundhedsassistenter, to plejere, en lærer, en socialrådgiver, to ergoterapeuter, en benævnt psykiatrifaglig medarbejder samt to omsorgs- og pædagogmedhjælpere. Der er ligeledes ansat to kontorassistenter til administrationen, to rengøringsassistenter til rengøringen, en husassistent, en elev og en pedel samt vikarer. Social- og sundhedsassistenterne udgør således under Xs forløb den største personalegruppe.²⁰

¹⁷ Thisted Kommune (02.05.2011): *Mail til forstander på Blåkærgård*; Forstander på Blåkærgård (03.05.2011): *Mail til sagsbehandleren fra Thisted Kommune*.

¹⁸ <http://www.blaakaergaard.rm.dk/>

¹⁹ <http://www.blaakaergaard.rm.dk/>

²⁰ Blåkærgård (2012): *Oversigt over alle kurser på Blåkærgård*.

Kommissionen har ligeledes undersøgt sygefraværet og voldsanmeldelser på Blåkærgård. Dette har ikke givet anledning til særlige bemærkninger.

Der føres flere typer af tilsyn med arbejdet på Blåkærgård. I 2010 og i 2011 har Region Midtjylland gennemført et anmeldt og tre uanmeldte socialfaglige tilsyn.²¹ Folketingets Ombudsmand har ligeledes foretaget undersøgelser på Blåkærgård i 2010 og 2011.²² Region Midtjylland har gennemført egne trivsels- og ledelsesevalueringer.²³ Arbejdstilsynet har foretaget detailtilsyn på Blåkærgård i januar 2012 samt detailtilsyn lige efter hændelsen den 9. februar 2012 og opfølgende undersøgelser den 1. og den 2. marts 2012.²⁴ Tilsynene udført forud for februar 2012 har ikke givet anledning til kritiske bemærkninger, der skal følges op på.

Kommissionens vurderinger af Blåkærgårds socialfaglige indsats

I undersøgelsen forholder de interviewede samarbejdsparter sig positivt til botilbuddet Blåkærgård som helhed. Der fremkommer dog kritiske bemærkninger om, at personalet på botilbuddet overvurderer deres evner i forhold til at vurdere beboere med alvorlig psykisk sygdom. Kritikken lyder blandt andet fra afdelingsledelsen i behandlingspsykiatrien Viborg-Skive, der anfægter graden af psykiatrifaglig viden på Blåkærgård om de vanskelige beboere:

Det er rigtigt, de skal lære dem livet. Men der er en sygdom, og de bliver dårligere og dårligere dem, der kommer ind på regionens bosteder. Så derfor er det måske ikke nok kun med den der pædagogiske tilgang, der skal også være en sundhedsfaglig del.

(Ledelsesrepræsentant, behandlingspsykiatrien Viborg-Skive)

Kommissionen oplever, at dele af personalet på Blåkærgård har en bevidsthed om deres faglige begrænsninger, hvad angår psykiatrifaglige spørgsmål, da de under det afholdte interview efterlyser besøg fra behandlingspsykiatriens eksperter til coaching om borgernes adfærd blandt andet i forbindelse med misbrug.

Lederne af behandlingspsykiatrien erkender under interviewet, at behandlingspsykiatrien måske kunne have betjent Blåkærgård i højere grad i forhold til at højne den psykiatrifaglige viden hos medarbejderne. På spørgsmålet om, hvad "betjeningen" kunne bestå i, lyder det:

²¹ Region Midtjylland (07.06.2010): *Uanmeldt tilsyn på Blåkærgård. Udført 18.05.2010*; Region Midtjylland (26.10.2011): *Uanmeldt tilsyn på Blåkærgård, Afdeling Suset. Udført 29.09.2010*; Region Midtjylland (05.11.2010): *Uanmeldt tilsyn ved Blåkærgård. Udført 06.10.2010*; Region Midtjylland (29.06.2011): *Anmeldt tilsyn på Blåkærgård. Udført 14.04.2011.*

²² Folketingets Ombudsmand (15.06.2010): *Inspektion af det socialpsykiatriske botilbud Blåkærgård*; Folketingets Ombudsmand (26.01. 2012): *Inspektion af det socialpsykiatriske botilbud Blåkærgård den 15. juni 2010, Opfølgning.*

²³ Region Midtjylland (21.10.2011): *Trivselsundersøgelse og ledelsesevaluering, Blåkærgård, flere ledere*; Region Midtjylland (21.10.2011): *Trivselsundersøgelse og ledelsesevaluering, Blåkærgård, Sidefløjen*; Region Midtjylland (21.10.2011): *Trivselsundersøgelse og ledelsesevaluering, Blåkærgård Suset/Svinget.*

²⁴ Arbejdstilsynet (03.01.2012): *Arbejdstilsynsbesøg*; Arbejdstilsynet (08.03.2012): *Arbejdstilsynets strakspåbud. Besøg 02.03.2012*; Region Midtjylland (udateret): *Bilag 2 - "Blåkærgårdsager"*, Psykiatri og Social, Psykiatri- og Socialledelsen.

...de trængte måske til at komme ind og diskutere, hvordan skal vi håndtere opgaven som sådan. Altså, hvad er den plejemæssige indsats, hvad er den pædagogiske indsats? Så man fik talt rundt omkring hele situationen, fik snakket om nogle situationer, der måske var vanskelige i dagligdagen at tackle.

(Ledelsesrepræsentant, behandlingspsykiatrien Viborg-Skive)

Kommissionen konstaterer, at samme afdelingsledelse er ansvarlig for den psykiatrifaglige ambulante behandling og den støtte, der herigennem tilfalder Blåkærgård. Overlægen i den ambulante psykiatri, som har haft det lægefaglige ansvar for den ambulante behandling af beboerne på Blåkærgård, vurderes af kommissionen ikke at have haft arbejdsmæssige vilkår, som har gjort det muligt for overlægen at hjælpe personalet på Blåkærgård i forhold til psykiatrifaglig viden. Overlægen fortæller kommissionen, at han i 2011 kun har været i Viborg en dag om ugen, og at han her har modtaget patienterne på sit kontor i Søndersøparken. Overlægen forholder sig selv kritisk til denne ramme for opgaveløsningen, men fortæller, "at det var sådan, det var arrangeret." Han fortæller, at han i 2011 har været behandlingsansvarlig for omkring 50 patienter, hvoraf en stor del har været behandlingsdømte. På sin ugentlige arbejdsdag har han modtaget besøg af op til 12-13 patienter. Det fremgår under interview med overlægen, at han i den tid, han har haft behandlingsansvar for beboerne på Blåkærgård, aldrig har været på bostedet. "Det var ikke en mulighed og ikke et krav fra ledelsen", lyder det.

Den behandlingsansvarlige overlæge i den ambulante psykiatri fortæller endvidere kommissionen, at vedkommende ikke har set det som en del af sin opgave at bidrage med sin viden og vurdering af, hvorvidt Blåkærgård rent fagligt kunne håndtere X:

Altså, jeg tog for givet, at når de havde taget imod ham derude, så er det, fordi de kender sig selv, deres identitet, deres tilbud, og at det er deres sag om at sige ja eller nej. Og siger de ja, så i mit hoved, så er de ansvarlige og må kende sagens detaljer. Og derfor har jeg ikke spurgt kritisk, og jeg har heller ikke noget kritisk at spørge ud fra, idet jeg ikke har noget kendskab til Blåkærgård. Så lige hvad angår det punkt der, det er der andre, der har taget beslutning om det og fundet det ok.

(Overlæge i den ambulante psykiatri Viborg-Skive)

Kommissionen vurderer, at konsulentbistanden fra overlægen har været fraværende og konstaterer, at overlægens arbejdsvilkår ikke har muliggjort en særlig støtte til botilbuddet generelt eller specifikt i forhold til X.

Afdelingsledelsen i behandlingspsykiatrien peger på, at retspsykiatrisk kliniks udadgående team har været tilgængelige for Blåkærgårds medarbejdere. Men kommissionen efterlades med et indtryk af, at samarbejdet mellem klinikkens medarbejdere og Blåkærgård ikke har været konsolideret. Det fremgår af interviews foretaget med parterne, at der ikke har været enighed om, hvor længe klinikkens medarbejdere skulle blive ved med at komme på Blåkærgård. Retspsykiatrisk kliniks medarbejdere fortæller, at de har ønsket at bidrage med deres kompetencer i forhold til at vurdere Xs overholdelse af dommen og udskrivningsaftalens særvilkår, men at de ikke har følt sig velkomne på Blåkærgård. Kommissionen vurderer, at de konkrete medarbejdere i retspsykiatrisk kliniks udadgående team er fagligt kompetente, men også at de har stået svagt som bindeled mellem socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien. Dette skyldes blandt andet, at deres lægefaglige reference er overlægen i den ambulante psykiatri, som de har vanskeligt ved at

komme i kontakt med. Kommissionen vurderer på den baggrund, at behandlingspsykiatrien af flere grunde derfor ikke har haft mulighed for at bidrage med psykiatrifaglig bistand til Blåkærgård.

Kommissionen vurderer endvidere, at botilbuddet ikke etablerer de strukturerede rammer i forhold til misbruget, som retspsykiatrisk enhed anbefaler i forbindelse med udskrivelsen fra sengeafsnittet.²⁵ Det fremgår desuden af udtalelser fra medarbejdere på Blåkærgård, at den ekstranormering, som blev bevilget i de første tre måneder, ikke har betydet en ekstra bemanning omkring X specifikt. Kommissionen undrer sig over, at de ekstra tilførte midler ikke er gået til konkret opgaveløsning omkring X.

Kommissionen har gjort sig overvejelser om, hvilke kompetencer, der kræves i botilbud, som skal håndtere rehabiliteringsopgaven i forhold til beboere med så vanskelige problemstillinger, som X har haft på dette tidspunkt i 2011-2012. Kommissionen vurderer, at det formelle uddannelsesniveau på Blåkærgård er for lavt i forhold til den konkrete opgave, der skal løses. Ud over større grad af supervision og vejledning fra behandlingspsykiatrien med henblik på styrkelse af den sundheds- og psykiatrifaglige viden, peger kommissionen på et behov for en styrkelse af de pædagogiske og psykologiske fagområder i botilbuddet. Kommissionen efterlyser således en højere grad af psykosocial og psykoterapeutisk tilgang, hvor den socialfaglige opgave planlægges, gennemføres og evalueres mere metodisk og systematisk. Kommissionen konstaterer, at man på Blåkærgård lytter til Xs ønsker. Dette sker dog på en dag-til-dag facon, som betyder, at Xs adfærd bliver styrende for, hvordan der arbejdes med ham.

Egentlige metoder, der anvendes konsekvent og af alle, er svære at få øje på. Når man læser dagbogsnoter forekommer metoden i høj grad at være adfærdsregulerende.

(Kommissionsmedlem)

Inddragelsen af X bør handle om, at medarbejdere på Blåkærgård sætter sig ud over det adfærdsregulerende niveau og reflekterer over Xs behov og på den baggrund udvikler en helhedsorienteret støtte. Blåkærgårds indsats i forhold til misbruget, og herunder samarbejdet med misbrugsbehandlingen i Viborg Kommunes misbrugscenter, fremstår ikke tydeligt dokumenteret for kommissionen. Kommissionen peger på, at Blåkærgård kunne have arbejdet mere konsekvent med Xs sociale netværksdannelse, genetablering af kontakt til pårørende, tidligere venner mv. Desuden ser kommissionen ikke tydelige tegn på, at personalet på Blåkærgård har taget fat om Xs vanskelige livshistorie med henblik på at hjælpe ham med de vanskeligheder, han har haft, gennem samtaler i en eller anden form. Kommissionen har, under interview med personalet, efterspurgt en bevidst indsats omkring Xs problematiske livshistorie, hvortil et personale svarer:

Det er alle beboere med opvækster, der kunne lade en del tilbage at ønske. Det at X har haft en dårlig opvækst er ikke enestående på Blåkærgård. Derfor var der som sådan ikke noget i opvæksten, der vakte speciel opmærksomhed for mit vedkommende. Forstået på den måde, at det læste [beskrivelser af hans livshistorie: red.] er forstået og giver faglige overvejelser, men vurderes ikke værre end nogle af de andre beboeres fortid.

(Medarbejder, Blåkærgård)

²⁵ Sengeafsnit for Retspsykiatri. *Journalnotat af den 18.02.2011.*

Afdelingsledelsen i behandlingspsykiatrien vurderer således, at det er rammerne og beføjelserne i socialpsykiatrien, der skal overvejes:

Men, hvis vi skal svare på, om vi synes, at der findes nogle passende steder, så er svaret nej. Der findes mennesker som ham [X], der i hvert fald i en periode ikke har behov for, hvad skal man sige, at være et sted, hvor der er ligesom retspsykiatrisk afsnit, hvor der hele tiden tænkes på behandling. Men der skulle være steder, hvor man mere tænkte på det mere terapeutiske og det pædagogiske og sådan noget. Men hvor rammerne var fastere. Helt klart. Og der mener jeg også helt klart, at man beder sådanne bosteder om noget, som de ikke har rammer til. Eller beføjelser.

(Ledelsesrepræsentant, behandlingspsykiatrien Viborg-Skive)

Kommissionen vurderer ikke, at tilsyn og undersøgelser, som de har været udført på Blåkærgård, er egnede redskaber til at indfange udviklingstendenser vedrørende målgruppen og faglige udfordringer på et mere overordnet plan:

Generelt synes de eksisterende tilsynsformer ikke særligt velegnede til at opfange problemer og dermed bidrage til den faglige udvikling på området. Alle tilsyn på Blåkærgård inden hændelsen den 7. februar 2012 (fra region, uafhængige tilsyn, arbejdstilsyn, Ombudsmanden) melder stort set alt ok [...]. At tilsynene efterfølgende finder en masse fejl er næsten endnu mere utilfredsstillende og understreger pointen i første afsnit. Endvidere sidder man tilbage med en fornemmelse af, at nogle af de anvisninger og påbud, man kommer med, måske ikke løser de grundlæggende problemer, men snarere er med til at besværliggøre en i forvejen vanskelig og travl hverdag på institutionerne [...]. Faglig udvikling må sikres med andre midler (uddannelse, mulighed for forsøg, frigørelse af ressourcer til udviklingsprojekter, inddragelse af interne og eksterne eksperter mv.).

(Kommissionsmedlem)

På baggrund af samtaler med de involverede parter vurderer kommissionen, at farlighedsscreening af den type, som søges udbredt i social- og behandlingspsykiatrien efter drabet²⁷, næppe ville have indikeret en akut farlighed hos X i dagene op til drabet. En så skematisk måde at afgøre farlighed på anses for tidskrævende og som et tvivlsomt redskab i forhold til den afgørende udvikling af det samarbejde og de rammer, der skal styrke sikkerheden og kvaliteten.

Kommissionens anbefalinger til den socialfaglige indsats

På baggrund af vurderingerne af Xs forløb og opholdet på Blåkærgård, anbefaler kommissionen, at:

- det i højere grad vurderes, hvilke opgaver institutionen kan løse og hvilke ekstra ressourcer som kræves for, at institutionen i givet fald kan påtage sig opgaven.
- socialpsykiatriens uddannelsesniveau højnes, særligt på de pædagogiske og psykologiske fagområder, så den socialfaglige indsats sker vidensbaseret, systematisk og dokumenteret,
- der bør sikres en accept i botilbuddene af en tilstrækkelig psykiatrifaglig supervision og vejledning,
- der etableres en kultur, hvor tvivl og usikkerhed italesættes.

²⁷ Brøset Violence Checklist (BVC)

Behandling i behandlingspsykiatrien

X har været medicinsk behandlet med en række forskellige præparater, [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Kommissionens vurdering af behandlingen

Uklarheder og uenigheder om Xs diagnose har haft indvirkning på behandlingen af ham. Den stationære psykiatri såvel som den ambulante psykiatri har prøvet sig frem med forskellige behandlingsmetoder i form af medicinregulering. Det er af materialet vanskeligt for kommissionen at vurdere den metodiske tilgang, men behandlingstilgangen virker som en "dag-til-dag"-tilgang, hvor der ikke samles op på erfaringerne og lægges en samlet behandlingsstrategi. Det fremgår ikke af journalerne, at man drøfter den faglige uenighed om diagnosen med henblik på at opnå en fælles forståelse og et brugbart afsæt for en fælles behandlingstilgang.

[REDACTED]

Behandlingen af X sker fra juni 2011 i modtagelsesafsnittet (3. etage), hvor han indlægges kortvarigt af en til to dages varighed primært med henblik på afrusning på grund af stofmisbrug samt stabilisering af hans tilstand. Kommissionen forholder sig undrende over for denne praksis, idet et modtagelsesafsnit ikke har som formål at arbejde mod en

isbrugsbehandlingen varetages på Blåkærgård og den medicinske del af misbrugsbehandlingen hos Rusmiddelcenter Viborg. Behandlingen er i beskeden grad belyst i det materiale, kommissionen har taget afsæt i. Den medicinske del af misbrugsbehandlingen i Viborg synes at være sket uafhængigt af, hvad der er foregået i behandlings- og socialpsykiatrien. Kommissionen kan ikke finde tegn på, at der på systematisk vis er samlet op på misbrugets betydning for Xs adfærd, og finder behandlingen markant fraværende i forløbet i forhold til, hvor væsentlig en indflydelse misbruget har haft på Xs liv. Der har i behandlingspsykiatrien ikke været tvivl om misbrugets betydning for Xs tilstand og farlighed jf. nedenstående udtalelse til Statsadvokaten i november 2010 fra overlæge på retspsykiatrisk sengeafsnit:

"hvis ikke misbruget kommer under bedre kontrol, vil der være meget stor risiko for gentagen ligeartet kriminalitet".²⁹

Der burde være fulgt op på behandlingsindsatsen over for X. Og her mener kommissionen den *samlede* behandlingsindsats, som også inkluderer indsatsen på Blåkærgård. Medicinsk behandling med psykofarmaka, samtaleterapeutisk behandling og misbrugsbehandlingen burde i højere grad have været koordineret.

Kommissionens anbefalinger til behandling

Erfaringerne med Xs behandlingsforløb forud for drabet i februar 2012 leder kommissionen frem til at anbefale, at:

- behandling skal være helhedsorienteret og inkludere mere end medicin og adfærdsregulering; det vil særligt sige samtaleterapi, hvor der er behov for det,
- behandling bør være koordineret mellem samtlige involverede fagprofessionelle, herunder de der varetager misbrugsbehandlingen.

²⁹ RPV Ret Afs. (15.11.2010): *Skr. til Statsadvokaten.*

Behandlingsansvar i psykiatrien

Ved indflytningen på Blåkærgård i juni 2011 overgår behandlingsansvaret fra overlægen i retspsykiatrisk enheds stationære psykiatri til den ambulante psykiatri. Den nye placering af behandlingsansvaret hos overlægen i den ambulante psykiatri i Viborg-Skive beskrives i udskrivningsaftalen (underskrevet af patienten 28. april 2011). Overlægen, der har haft behandlingsansvaret i retspsykiatrisk enhed, er med til at udfærdige udskrivningsaftalen, men ophører som overlæge i denne enhed i foråret 2011. Udskrivningsaftalen beskriver de deltagende parter og ansvarsfordelingen for behandlingen samt de særvilkår, X skal overholde under behandlingsdommen. Såfremt disse særvilkår ikke overholdes, skal han genindlægges på psykiatrisk afdeling i Viborg. Indlæggelse i henhold til dommen skal ske i et samarbejde mellem den behandlingsansvarlige overlæge og Kriminalforsorgen. I forbindelse med udskrivningen af X til Blåkærgård i juni 2011 afholdes et netværksmøde med involvering af alle relevante parter. Formålet med dette møde er at skabe en god overgang fra behandlingspsykiatrien til socialpsykiatrien.

I perioden efter Xs udskrivelse til Blåkærgård har behandlingsansvaret således været placeret hos overlægen i den ambulante psykiatri. Denne har i en længere periode på omkring 10 år været ansat som overlæge på deltid i behandlingspsykiatrien Viborg-Skive med en arbejdsdag i Skive og en dag i Viborg. Arbejdet har været planlagt således, at overlægen tog imod patienterne på kontoret i Sønderøparken. Den behandlingsansvarlige overlæge har aldrig besøgt Blåkærgård og kender derfor ikke til stedets rammer og faglige indhold. Dette har ikke været en mulighed med de eksisterende ansættelsesforhold, lyder det fra overlægen selv under interviewet. Foruden deltagelse i netværksmøderne har overlægen set X fem-seks gange.

Kort forud for drabet på Y er behandlingsansvaret på vej til at overgå til retspsykiatrisk enhed i forbindelse med en ansættelse af en overlæge 1. februar 2012. Ansættelsen af overlægen bliver dog ikke en realitet. Placeringen af behandlingsansvaret i retspsykiatrisk enhed blev ifølge journalnotater formelt effektueret 1. februar 2012. Da der ikke er ansat en overlæge i enheden, placeres behandlingsansvaret for X på tidspunktet for drabet i en overgangsperiode formelt hos den ledende overlæge i behandlingspsykiatrien Viborg-Skive. Den ledende overlæge har dog aldrig set patienten. I perioden, hvor man tror, at der ansættes en fast overlæge i retspsykiatrisk enhed, er der blevet planlagt et møde mellem den nyansatte overlæge og flere andre parter om Xs forløb. Initiativtager til mødet er modtagelsesafsnittet i regionspsykiatrien (3. etage).

Kommissionens vurderinger af behandlingsansvaret

Kommissionen finder, at behandlingsansvaret ikke har været varetaget tilfredsstillende. Det er kritisabelt, at en så kompleks diagnostisk og behandlingsmæssig person som X ikke har fået den højeste grad af opmærksomhed, faglig ekspertise og omhu i tiden efter den langvarige indlæggelse i retspsykiatrien i Viborg. Efter udskrivelsen fra retspsykiatrisk sengeafsnit er behandlingsansvaret blevet placeret i en ambulant psykiatri, der ikke har været prioriteret tilstrækkeligt. Overlægen i den ambulante psykiatri får overdraget det formelle behandlingsansvar i en placering i organisationen og med en prioritering af arbejdstid og ressourcer, som har vanskeliggjort, og måske endda umuliggjort, opfyldelsen af de krav, der stilles til at koordinere og følge op på et forløb som dette.

Behandlingsansvaret overdrages til en deltidsansat psykiater, som kun har været til stede i Viborg en dag om ugen. Afdelingsledelsen for behandlingspsykiatrien Viborg-Skive beskriver, at psykiateren har haft det retspsykiatriske team fra retspsykiatrisk klinik som sin udgående funktion og samarbejdspart. Men disse medarbejdere, såvel som overlægen i den ambulante psykiatri selv, beskriver dette samarbejde som svagt organiseret. Det retspsykiatriske team har således ikke lægefaglig ekspertise tilknyttet. Dels har de ikke haft et formelt eller reelt samarbejde med den ansvarlige overlæge i den ambulante psykiatri, dels var der på tidspunktet ikke en overlæge i retspsykiatrisk klinik. Dette forhold har affødt, at sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter har truffet beslutninger om patienter af lægefaglig karakter uden at få disse konfirmeret af en læge. Dette gælder for eksempel beslutningen om at undlade at føre tilsyn med X den 6. februar 2012, da denne ifølge en afdelingsleder på Blåkærgård ikke ønsker besøg den pågældende dag. Det udgående team fra retspsykiatrisk enhed beskriver for kommissionen, at de mener deres opgave er at være udførende led for den behandlingsansvarlige overlæge ved at føre tilsyn med de retspsykiatriske patienter, der udskrives til ambulante behandling. Samarbejdet mellem teamet/klinikken og den behandlingsansvarlige overlæge i den ambulante psykiatri har dog ikke understøttet teamets egen oplevelse af formålet med teamets udgående funktion.

Kommissionen efterlades med et bestyrket indtryk af, at det manglende samarbejde mellem retspsykiatrisk enheds udgående team og Blåkærgård har været vanskeligt, bl.a. fordi personalet på Blåkærgård har haft vanskeligt ved at se formålet med teamets tilsyn med beboeren. Medarbejderne i teamet har haft et ganske indgående kendskab til X, eftersom de konkrete plejepersonaler også havde været i retspsykiatrisk sengeafsnit under Xs langvarige indlæggelse. Men disse medarbejdere har haft vanskeligt ved at bringe deres viden om X i spil. Først og fremmest har de haft vanskeligt ved at etablere et samarbejde med den formelle behandlingsansvarlige overlæge i den ambulante psykiatri (hovedsageligt fordi denne kun var at træffe en dag om ugen). Dertil har teamet ikke kunnet indgå i et samarbejde med modtagelsesafsnittet, evt. fordi de har manglet den lægefaglige opbakning. De har forsøgt at agere som opsøgende ambulante enhed, men hverken lægefaglig ekspertise i retspsykiatrisk enhed eller samarbejde med den behandlingsansvarlige læge har muliggjort dette. Sidstnævnte oplever ikke selv at skulle have haft et mere indgående samarbejde med det ambulante team. Udmøntningen af vejledning nr. 9614 af 08/11/2010, om behandlingsansvarlige og ledende overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulante psykiatrisk behandling, synes ikke at ske. Hertil har organiseringen og prioriteringen ikke kunnet understøtte et reelt behandlingsansvar for Xs forløb.

De forskellige behandlingsparter tolker forskelligt på, hvad og hvor behandlingsansvaret har været for X, der var ambulante patient, men også var indlagt ganske hyppigt efter udskrivelsen. Kommissionen bemærker således, at cheflægen under interview med kommissionen kritiserer, at den behandlingsansvarlige overlæge i den ambulante psykiatri ikke har taget det fulde ansvar, der knytter sig til en retlig foranstaltning. Når kommissionen under interviewet foreholder cheflægen, hvordan der synes at have været flere behandlingsansvarlige læger, da behandlingsansvaret under indlæggelser i modtagelsesafsnittet (3. etage) var hos overlægen i modtagelsesafsnittet, lyder det fra cheflægen, at ansvaret har været i den ambulante psykiatri, og at overlægen "de facto" ikke har overholdt sine forpligtelser i forhold til behandlingsdommen. Overlægen i

modtagelsesafsnittet beskriver derimod arbejdsdelingen sådan, at indlæggelse er en opgave for Kriminalforsorgen og den behandlingsansvarlige læge i den ambulante psykiatri, mens behandling under indlæggelse samt udskrivelse er en opgave for overlægen på modtagelsesafsnittet (3. etage).

Det almene modtagelsesafsnit tager som tidligere nævnt initiativ til et koordinerende møde efter, at X skulle have haft en behandlingsansvarlig læge i retspsykiatrisk enhed. Dette er egentlig uden for modtagelsesafsnittets ansvarsområde og understreger usikkerheden omkring ansvaret, men er samtidig udtryk for et forsøg på at koordinere behandlingen for patienten.

Kommissionen vurderer, at udskrivningsaftalen er proaktiv, konkret og fint udarbejdet med placering af ansvaret hos de forskellige aktører med navne og kontaktoplysninger. Den negative konsekvens af en sådan aftale skabes, når aftalen ikke bliver fulgt op. I dette forløb har ingen påtaget sig ansvaret for opsamlingen af dens virkning – og evalueret på forløbet med de 13 indlæggelser og Xs misbrugs- og adfærdsproblemer. På den baggrund kan udskrivningsaftalens tilstedeværelse have været medvirkende til, at alle bare har gjort en meget afgrænset indsats uden at reflektere over resultatet af den samlede indsats.

Kommissionen konkluderer, at den lægefaglige prioritering af patienten ikke har været tilstrækkelig. Man har i Viborg haft en konsulentbetjent retspsykiatri med mange skift i den lægefaglige ledelse og lange perioder uden lægedækning. Den behandlingsansvarlige læge bør have rammerne og ressourcerne til at kunne yde den støtte til socialpsykiatrien, som er påkrævet i forhold til at forstå og hjælpe dem i håndteringen af beboerne. Dette betyder også, at den behandlingsansvarlige læge skal kunne besøge bostederne. Der har i Xs forløb ikke været noget bindeled mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien – hvilket der især er behov for til den målgruppe af patienter/beboere, som X tilhører med en kompleks personlighedsstruktur og psykopatologi kombineret med misbrug. Et velfungerende forløb fordrer samarbejde mellem den sundhedsfaglige og den socialfaglige indsats. Psykiaterens funktion burde være at bringe lægelig og psykiatrifaglig viden til botilbuddet. Psykiaterens funktion bør endvidere være at byde ind i forhold til vurderingen af, hvorvidt botilbuddet har kompetencerne til at kunne håndtere den pågældende borger. Den behandlingsansvarlige overlæge har ikke haft mulighed for, og har heller ikke gjort stærke forsøg på at indgå i en sådan rolle i forhold til samarbejdet med botilbuddet om X.

I behandlingspsykiatrien i Viborg har man været langt væk fra en praksis, hvor den ambulante psykiatri er primær, og hvor overlægen i den stationære psykiatri naturligt lytter til, hvad der besluttes i ambulante regi. Optimalt set skal den stationære psykiatri yde assistance til den ambulante behandlingspsykiatri, når der er behov for indlæggelse. Dette har langt fra været tilfældet i Xs forløb fra juni 2011 til februar 2012, hvor de 13 indlæggelser i modtagelsesafsnittet er sket ukoordineret med den ambulante behandlingsindsats. Overlægen i den ambulante psykiatri, som formelt fik behandlingsansvaret for X, har ikke været involveret i drøftelser i den stationære behandlingspsykiatri, og har ikke taget initiativ til opfølgning på diagnosticering, behandling og udskrivningsaftalens punkter.

Kommissionen kritiserer, at afdelingsledelsen i behandlingspsykiatrien såvel som psykiatri- og socialledelsen synes at have ladet stå til i forhold til, at behandlingsansvaret har været

placeret hos en overlæge uden tilstrækkelig mandat/beføjelser og uden arbejdsvilkår, der har skabt mulighed for at forvalte behandlingsansvaret. Svaret hos begge ledelsesniveauer har været, at det er op til den fagprofessionelle selv at gøre opmærksom på dårlige vilkår, hvis rammerne vanskeliggør opgaveløsningen.

Kommissionen vurderer, at overlægen i den ambulante psykiatri, som blev tildelt behandlingsansvaret efter Xs indlæggelse på retspsykiatrisk sengeafsnit, burde have gjort mere indtrængende opmærksom på de vanskelige arbejdsvilkår i forhold til at varetage det samlede ansvar for patienten med behandlingsdom. Men samtidig skal kritikken rettes mod en ledelse, der har været ansvarlige for og siddet de dårlige vilkår for koordinering overhørig og ikke sikret, at den behandlingsansvarlige læge har kunnet varetage koordineringen.

Kommissionens anbefalinger til behandlingsansvaret

Hvad angår behandlingsansvaret i forhold til det samlede psykiatriske tilbud anbefaler kommissionen, at:

- den behandlingsansvarlige overlæge har arbejdsmæssige vilkår og mandat til at kunne sikre fælles retning og løbende opfølgning af de komplekse patientforløb,
- der sker en afklaring af, hvor behandlingsansvaret er, og at det sikres, at behandlingsansvaret ikke skifter alt efter, hvor patienten befinder sig (ambulant eller stationær psykiatri).

Region Midtjyllands håndtering af den faglige udvikling i psykiatrien

Psykiatrien i Region Midtjylland er organisatorisk samlet i Psykiatri og Social, som er en regionsdækkende driftsorganisation med ansvar for regionens behandlingspsykiatri (sygehusbehandling), sociale tilbud og tilbud om specialundervisning. Af Region Midtjyllands psykiatriplan fremgår det, at behandlingspsykiatrien er organiseret og tilrettelagt efter specialfunktioner, efter specialiseringsniveauer og sygdomsgrupper med henblik på, at personalet besidder en opdateret og specialiseret viden om den enkeltes sygdom. Det er udelukkende den stationære og ambulante behandling som henhører under psykiatriplanen fra 2011.³⁰ De regionalt drevne sociale tilbud, hvorunder de socialpsykiatriske tilbud hører, arbejder i henhold til en anden strategi. Denne har som hovedfokus at sikre synliggørelse af regionen som leverandør af højt specialiserede sociale tilbud med opkvalificering af kompetencer og akkumulering af ny viden om metoder og pædagogik.³¹ De socialpsykiatriske tilbuds ledelse refererer til en centerchef med reference til psykiatri- og socialledelsen. Region Midtjylland har således valgt en søjleopdelte psykiatri med hver deres planer og strategier.

Med kommunalreformen fra 2007 har kommunerne fået et større ansvar for socialpsykiatrien, mens regionerne har ansvaret for behandlingspsykiatrien. Dette har medvirket til en række udfordringer i forbindelse med den del af socialpsykiatrien, som drives af regionen. Disse udfordringer vedrører bl.a. finansieringen af de sociale tilbud, som er afhængig af, at kommunerne køber pladser. Derudover er der sket ændringer i de sociale tilbuds målgrupper, hvilket Region Midtjylland bl.a. forklarer ud fra, at der de seneste 10 år på landsplan har været en stigning i antallet af lovovertrædelser begået af psykisk syge og patienter i kontakt med behandlingspsykiatrien, herunder både retspsykiatriske patienter og patienter med psykisk sygdom og et misbrug (dobbeltdiagnoseproblemstillinger).³² Endelig er der både nu og i de kommende år stor mangel på speciallæger og andet fagpersonale i psykiatrien. Manglen på personale har konsekvenser for tilrettelæggelsen af ydelserne.

Kommissionens vurderinger af regionens håndtering af behandlingspsykiatriens udfordringer

Lægemanglen nævnes som en stor udfordring for behandlingspsykiatriens faglighed i Viborg af flere af de parter, der har bidraget til kommissionsundersøgelsen, herunder repræsentanterne fra Psykiatri og Social.

Kommissionen bemærker, at man i Region Midtjylland har handlet aktivt i forhold til at rekruttere læger, hvor der har været mangel på dem. Dette er sket ved deltagelse i jobmesser i udlandet med henblik på at rekruttere udenlandske læger samt ved afprøvning af lukrative lønforhold. Desuden har regionen udskiftet afdelingsledelsen i det, der i dag er Regionspsykiatrien Viborg-Skive. Man har endvidere søgt at promovere psykiatrien over for medicinstuderende for at skabe interesse for specialet. Kommissionen noterer sig, at

³⁰ Region Midtjylland (2011): *Opdateret Psykiatriplan for Region Midtjylland*.

³¹ Region Midtjylland (2009): *Strategi for udviklingen af det regionalt drevne socialområde i Region Midtjylland*.

³² Region Midtjylland (2011): *Opdateret Psykiatriplan for Region Midtjylland*.

Region Midtjyllands ledelse synes at have været opmærksomme på ændringer og udfordringer inden for psykiatrien. Alle disse tiltag roser kommissionen.

Kommissionen kritiserer dog alligevel regionen for i for høj grad at blive på det samme spor og satse på en vanskelig opnåelig lægedækning frem for at omstrukturere organiseringen af psykiatrien. Med afsæt i gennemgangen af Xs forløb peger kommissionen på, at lægemanglen i behandlingspsykiatrien i Viborg har skabt situationer, som har stillet personalet skakmat. Problemet har været, at hverdagen har været organiseret som om, der har været overlæger til stede, hvilket der reelt ikke har været. Eller også har overlægerne været der for lidt til, at de har kunnet fungere som koordinatore og vidensbærere i forhold til et komplekst patientforløb. Frem for at skabe ændringer i organisationen har man fundet sig i, at behandlingspsykiatrien i Viborg et langt stykke hen ad vejen har været bemandet med overlæger ansat på konsulentbasis eller på deltid.

Set i lyset af lægemanglen fremhæver kommissionen, at Region Midtjylland bør overveje, hvor langt man som region skal gå for at beholde et behandlingstilbud og en specialisering i en forholdsvis lille organisation. En høj grad af specialisering har taget lægekræfter fra den ambulante psykiatri, vurderer kommissionen. Kommissionen peger på muligheden for at omprioritere de lægefaglige ressourcer til de mest påkrævede lægefaglige opgaver. I den forbindelse konstaterer kommissionen, at socialrådgiveren i retspsykiatrisk enhed har haft et indgående kendskab til Xs udfordringer og de parter, der var involveret i hans forløb. Kommissionen peger på, at den form for viden, socialrådgiveren har haft, med fordel kunne have været bragt i spil i forløbet efter udskrivelsen, blandt andet konkret i forhold til opfølgningen på udskrivningsaftalen. Endeligt kan der i langt højere grad sættes på psykologer til koordinerings- og supervisionsopgaver samtidig med, at den psykologfaglige tilgang i voksenpsykiatrien vil kunne bringe et tiltrængt fokus på en psykologisk tilgang til patienter med problemstillinger af personlighedsmæssig karakter.

Kommissionens vurderinger af regionens håndtering af den regionale socialpsykiatriske udfordringer

Målgruppen i den regionale socialpsykiatri vurderes af de adspurgte parter at være tiltagende præget af multiple problemstillinger (kriminalitet, misbrug mv.), forstået sådan, at der på de regionale tilbud sker en koncentration af borgere med multiple problemstillinger. Det er en udvikling, der påvirkes af flere faktorer, men er tiltaget med en kommunalreform, som har betydet, at kommunerne løbende hjemtager opgaver, som de vurderer selv at kunne løse. Kommissionen peger på en tendens til, at økonomien og en øget markedsgørelse spiller ind på den regionale socialpsykiatriske udfordringer.

Der har blandt dele af ledelserne og personalet i behandlingspsykiatrien hersket tvivl om, hvorvidt Blågård har kunnet håndtere opgaven omkring X. Denne tvivl synes dog ikke at have været til stede blandt Blågård's personale og ledelse. Også under interview afholdt i forbindelse med kommissionsundersøgelsen har de adspurgte ledere på Blågård holdt fast i denne holdning. Desuden lyder det fra ledelsen i Psykiatri og Social, herunder fra socialchef og cheflæge, under interview foretaget i forbindelse med kommissionsundersøgelsen, at Blågård var det rette sted for X. På trods af dette vurderer kommissionen, at markedsgørelsen af det specialiserede socialområde kan have haft indflydelse på Blågård's egen beslutning om, at man godt kan modtage og etablere et ophold for X. Kommissionen oplever det umiddelbart ikke som en alment accepteret

mulighed, at botilbuddet Blåkærgård siger fra over for opgaver med vanskelige psykiatriske patienter eller kræver de nødvendige ressourcer.

Kommissionen peger på risikoen for, at medarbejderne i et botilbud som Blåkærgård kan stå med adskillige beboere med behandlingsdomme og potentielt udadreagerende adfærd samtidigt. Botilbuddene presses til at tage de vanskelige beboere under almindelige vilkår. Tidligere er disse beboere med vanskelige adfærdsmønstre ofte blevet placeret i specialprojekter med særlig normering. Det betyder, at hverdagen i stigende grad risikerer at være præget af reaktivitet. Hvis botilbuddene stiller krav, er der risiko for, at kommunen søger andre steder hen. Der mangler mod og rammer - måske også ledelsesmæssig opbakning og politisk vilje - til at stille krav til de ressourcer, opgaven kræver, og til at sige nej, hvis ressourcerne ikke kan findes. Markedsvilkårene truer kvaliteten. Ikke desto mindre bliver det vigtigt at få skabt en samarbejdende psykiatri, hvor alle er forpligtede på at byde ind med tvivl i forhold til indsatsen over for vanskelige patienter og borgere, og hvor det er acceptabelt at sige nej.

Under Xs ophold på Blåkærgård vurderer kommissionen, at botilbuddet ikke har haft et tilstrækkeligt samarbejde med behandlingspsykiatrien om vurderingen af, hvorvidt X kunne fungere i de rammer, botilbuddet har tilbudt. Overlægen i den ambulante behandlingspsykiatri, som formelt har haft behandlingsansvaret, har i den tid, X bor på Blåkærgård, aldrig besøgt bostedet. Dette ukendskab finder kommissionen problematisk i forhold til den form for psykiatrafaglig vejledning og supervision, personalet har haft brug for.

Som led i opfølgningen af inspektionen af Blåkærgård fra 2010 stiller Folketingets Ombudsmand i januar 2012 spørgsmål om, hvorvidt der foretages regelmæssige psykiatriske tilsyn med beboerne på Blåkærgård.³³ I sit svar til Folketingets Ombudsmand henviser Region Midtjylland til en ordning, hvor "overlægen i psykoseteamet", som er den samme som ovennævnte overlæge, ud over at varetage behandlingen af sine patienter, står til rådighed som "konsulent" for bostederne i Viborg. Region Midtjylland svarer endvidere, at regionen vurderer, "at der er tale om en ordning, som sikrer, at beboerne i fornødent omfang tilses og vurderes af Regionspsykiatrien".³⁴ Kommissionen er ikke enig i denne vurdering og konstaterer, at den vejledning og konsulentbistand, som det har været muligt for overlægen i den ambulante psykiatri at yde til de socialpsykiatriske bosteder, har været utilstrækkelig taget i betragtning, hvad den pågældende psykiater skulle nå på en ugentlig arbejdsdag.³⁵ Kommissionen peger på behovet for, at behandlingspsykiatrien

³³ Folketingets Ombudsmand (26.01.2012): *Inspektion af det socialpsykiatriske botilbud Blåkærgård den 15. juni 2010. Opfølgning.*

³⁴ Psykiatri og Social, Region Midtjylland (08.05.2012): *Vedrørende inspektion af Blåkærgård, Deres j.nr. 12/00107 - 1/PLS.*

³⁵ I svaret til Folketingets Ombudsmand beskriver Region Midtjylland, at enkelte af de behandlingsdømte beboere på tidspunktet for svaret (maj 2012) tilses af en psykiater i retspsykiatrien. Kommissionen har under undersøgelsen fået oplyst, at behandlingsansvaret for de mest komplekse patienter med behandlingsdom fra 2012 placeres hos en overlæge i retspsykiatrien. Ændringen var også på vej til at finde sted for Xs vedkommende, men nåede aldrig at blive effektueret forud for drabet. Region Midtjylland svarer ombudsmanden, at lægen i retspsykiatrien ikke yder konsulentbistand til botilbuddet. Det har ikke indgået i kommissionsundersøgelsen,

bidrager med vejledning til socialpsykiatrien og et løbende samarbejde om vurderingen af, om en beboers problemstillinger stemmer overens med de rammer, der er til rådighed i et botilbud.

Ledelsen i Psykiatri og Social erkender, at det kan have været vanskeligt at registrere og reagere på en udvikling af Blåkærgårds målgruppe til flere med en behandlingsdom og potentiel farlig adfærd. Som socialchefen i Region Midtjylland beskriver det for kommissionen:

...men jeg tror også, at det har været en udvikling, som er kommet sådan lidt snigende uden, at vi altid har været helt tilstrækkeligt bevidste om, hvor langt vi er rykket i udviklingsfeltet, fordi det hele tiden er kommet den der vej med, så er der nogen, der er gået videre i systemet, og så er der kommet en ind. En gør ikke forskellen, to gør måske heller ikke, men så lige pludselig, sådan tror jeg da også, at der er noget i det.

(Socialchef, Psykiatri- og Socialledelsen)

Kommissionen peger på, at regionen har en opmærksomhed i forhold til dobbeltdiagnoseområdet. Dette viser sig bl.a. ved, at regionen til en vis grad har styrket kompetenceudviklingen i socialpsykiatrien med kurser. Alligevel vurderer kommissionen med udgangspunkt i Blåkærgård, at man ikke i tilstrækkelig grad har sikret dels samarbejdet med behandlingspsykiatrien, dels et grunduddannelsesniveau i socialpsykiatrien. Særligt områder som pædagogik og psykologi bør efter kommissionens opfattelse opprioriteres. Disse faggrupper er der brug for i en regional socialpsykiatri, som kræver et stadig højere refleksionsniveau i forhold til behandlingen af de svært stillede psykisk syge. "Hvis man ønsker at være specialiseret, kræver det specialister", som et kommissionsmedlem udtrykker det.

Kommissionens anbefalinger til håndtering af den faglige udvikling i psykiatrien

Kommissionen peger på vigtigheden af ændringer i den faglige organisering samt en understøttelse af en mere samarbejdende psykiatri. Der anbefales, at:

- den faglige organisering i behandlingspsykiatrien sker under hensyntagen til den manglende lægedækning, således at lægefaglige ressourcer anvendes til de mest påkrævede lægefaglige opgaver, dvs. til de mest syge og personfarlige patienter,
- det overvejes, hvordan psykologer, sygeplejersker og socialrådgivere kan bidrage til koordinerings- og behandlingsopgaven under forudsætning af sufficient uddannelse, idet disse i mange tilfælde vil være væsentlige videnspersoner om komplekse forløb,
- den regionale socialpsykiatri skal løftes kompetencemæssigt og specialiseres i retning af at kunne varetage opgaverne med de svært stillede psykisk syge med dom, misbrug og hvis forløb er præget af kompleksitet,
- behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien indarbejdes i en samlet integreret psykiatriplan, hvor de regionale socialpsykiatriske tilbud er en del af det samlede regionale psykiatriske tilbud. De kommunale parter indbydes til et tæt samarbejde.

hvorvidt den ændrede lægetilknytning til retspsykiatrien har haft betydning for vejledningen og supervisionen til botilbuddene omkring de behandlingsdømte.

I denne rapport er - i henhold til forvaltningslovens § 27 og offentlighedslovens § 12 - udtaget en række oplysninger om enkeltpersoners personlige og private forhold, idet disse oplysninger er omfattet af reglerne om tavshedspligt.

overlæge i den ambulante psykiatri, som ikke formår at foretage den nødvendige opsamling. Den tvivl, som har været hos overlægen i retspsykiatrisk sengeafsnit, synes ikke at være videreformidlet eller ikke at være opfattet hos hverken den nye behandlingsansvarlige overlæge i ambulans regi, hos overlægen på modtagelsesafsnittet eller på Blåkærgård.

Vidensdeling i forhold til Misbrugscentret i Viborg Kommune

Kommissionen bemærker endvidere, at der heller ikke synes at være udvekslet behandlingserfaringer med lægen i Misbrugscentret i Viborg, som har varetaget den medicinske del af misbrugsbehandlingen efter Xs udskrivelse til Blåkærgård. Det skal nævnes, at misbrugs lægen deltog i netværksmøde i forbindelse med udskrivningen, men dokumentationen i behandlingspsykiatrien eller på Blåkærgård tyder ikke på en udveksling af viden om Xs misbrug.

Vidensdeling om farlighed

Heller ikke problemstillinger om Xs farlighed har der været nok fokus på i overleveringen af viden mellem aktørerne. Hvad angår opfattelsen af Xs farlighed, synes parterne i behandlingspsykiatrien at have vurderet ham forskelligt. Viden om og vurderinger af Xs farlighed synes ikke at have været udvekslet i særligt stort omfang. Emnet er bl.a. ikke dokumenteret i netværksmødereferater og journalmateriale. Den behandlingsansvarlige overlæge i ambulans regi har vanskeligt ved at se X som en farlig person, lyder det fra overlægen under interviewet. Han har ikke selv oplevet patienten som farlig. Kommissionen bemærker i den sammenhæng, at overlægen aldrig har oplevet X i botilbuddet. Overlægen har i sin deltidsansættelse i behandlingspsykiatrien kun i mindre grad udvekslet viden om X med retspsykiatrisk kliniks udgående medarbejdere. Disse udgående medarbejdere har kendt X fra indlæggelsen i retspsykiatrien og er kommet på Blåkærgård, efter X er blevet udskrevet. Samarbejdet mellem den ambulante overlæge og klinikkens medarbejdere, der var tænkt at være den udgående funktion for overlægen i forhold til behandlingsdommen, synes at have haft svære vilkår. Og den behandlingsansvarlige overlæge har ikke varetaget funktionen med at samle og formidle viden om Xs potentielle farlighed.

Retspsykiatrisk kliniks udgående medarbejdere forholder sig mere aktivt til Xs farlighed end andre parter synes at gøre. Hændelser vedrørende trusler over for klinikkens medarbejdere i 2011 og i starten af 2012 medfører, at klinikkens medarbejdere beslutter sig for ikke at mødes med X alene. Desuden anbefaler klinikkens medarbejdere i januar 2012, at X skal eskorteres af politiet ved indlæggelser på grund af hans potentielle farlighed.³⁸ Farligheden synes heller ikke at være formidlet tilstrækkeligt klart til Blåkærgård. Kommissionen forholder sig åbent til spørgsmålet om, hvorvidt Blåkærgård har formået at lytte nok til den viden, der har eksisteret om X. En viden, som blandt andet kunne have været formidlet gennem det retspsykiatriske team, som bestod af plejepersonale med indgående kendskab til X. På baggrund af kommissionens kendskab til parterne har kommissionen ikke haft mulighed for at fastslå, om Blåkærgård ikke har haft adgang til den samme viden, som de udgående medarbejdere, eller om man på Blåkærgård ikke har taget de råd alvorligt, som blev givet fra retspsykiatrisk klinik.

³⁸ Klinik for Retspsykiatri. *Journalnotat af den 05.01.2012.*

Blåkærgård.³⁹ Kommissionen ser det som et paradoks, at viden om X ikke formidles eller anvendes i tilstrækkelig grad til planlægning af forløbet, herunder heller ikke viden om potentiel farlighed i opfølgningen på udskrivningsaftalen.

Delkonklusioner vedrørende overlevering af viden

Kommissionen konkluderer, at der i forløbet har været frustration såvel som resignation hos aktørerne over manglende vidensdeling mellem den behandlingsansvarlige overlæge, det udgående team fra retspsykiatrisk enhed, modtagelsesafsnittet (3. etage), Blåkærgård, Thisted Kommune og Kriminalforsorgen. Der har været en manglende samstemmighed omkring behandlingsforløbet og håndteringen af Xs misbrug. Kommissionen fremhæver behovet for en opprioritering af en psykologisk tilgang i forløbet gennem psykoterapi eller anden form for samtaleforløb. En sådan indsats bør være kontinuerlig, systematisk dokumenteret og videreformidlet til alle involverede parter. Den manglende kommunikation og involvering mellem aktørerne understøttes i høj grad af forskellige syn på indsatsens formål og forskellige lovgivninger. I socialpsykiatrien arbejder man i henhold til serviceloven og har struktureret sit arbejde i forhold til at give beboeren støtte til at mestre eget liv i overensstemmelse med egne ønsker ud fra et perspektiv om psykosocial rehabilitering. Heroverfor arbejder behandlingspsykiatrien i henhold til psykiatri- og sundhedsloven. Formålet med indlæggelserne er at stabilisere patienten og hindre fornyet kriminalitet, således at samfundet i henhold til straffeloven beskyttes mod patienten. Det er under indlæggelserne muligt at bryde selvbestemmelsesretten og anvende tvang over for borgeren. På den baggrund arbejder de to sektorer ud fra forskellige formålserklæringer og deraf forskellige menneskesyn, som ikke i alle sammenhænge er lige forenelige.

³⁹ Blåkærgård. *Dagbogsnotater af den 20.01.2012.*

Fra juni 2011 og frem til februar 2012 indlægges X 13 gange i akutmodtagelsesafsnittet. Dette sker, når han bryder med kravene i udskrivningsaftalen. Kommissionen kritiserer ikke som sådan fagligheden i modtagelsesafsnittet (3. etage), men peger på det som et problem for kontinuiteten i forløbet, at X her tilses af andre læger og andet personale end dem, der kender ham fra retspsykiatrisk sengeafsnit og klinik, som har kompetencer på det retspsykiatriske område.

Akutmodtagelsen (3. etage) er præget af ønsket om at få patienterne igennem systemet – og er dermed mindre egnet i forhold til patienter som X. Specifikt i forhold til X er kompetencerne derfor ikke tilfredsstillende, men dette er måske heller ikke forventeligt på en akutmodtagelse, som i sagens natur ikke er eller skal være specialister. Derfor er det igen nok også mere strukturen end de konkrete personers faglighed, der er problemet.

(Kommissionsmedlem)

Ansvar for revurderingen af Xs overgang til åbent regi og udskrivningsaftalens funktionalitet synes ikke at have været varetaget af nogen. Der sker således ikke en evaluering af, hvorvidt anvendelsen af Blåkærgård som led i udmøntningen af behandlingsdommen er det rette tilbud til X.

Thisted Kommune og Kriminalforsorgens håndtering af den manglende kontinuitet

Udover den manglende kontinuitet internt i behandlingspsykiatrien og mellem denne og Blåkærgård, så kunne kommunen såvel som kriminalforsorgen i langt højere grad, end det har været tilfældet, have insisteret på et fælles syn i form af en koordineret behandlingsplan for det samlede behandlingsforløb. Repræsentanterne for kommunen og Kriminalforsorgen har deltaget i netværksmøder mv., men har begge indtaget en passiv rolle i forhold til, hvad de har haft mulighed for at gøre med afsæt i bl.a. servicelovens handleplanskrav. Kommissionen vurderer, at begge disse parter i for høj grad har placeret sig i en bi-rolle i forhold til sikring af fagligheden omkring Xs forløb. Deres kendskab til den manglende kontinuitet i forløbet synes ikke at have affødt nogen indsats fra disse parter side.

Den kommunale sagsbehandler gengiver under interviewet sin viden om risikoen for, at den ene psykiatriske overlæge ikke fulgte op på notater fra den anden psykiatriske overlæge og, at "den ene hånd ved ikke, hvad den anden gør", både i forhold til samarbejdet i behandlingspsykiatrien såvel som samarbejdet mellem behandlings- og socialpsykiatri. Det dårlige samarbejde kommer ikke bag på sagsbehandleren, lyder det endvidere, og dette anfægtes ikke af sagsbehandleren. Det er kommissionens opfattelse, at kommunen med myndighedsansvaret burde have insisteret på et bedre koordineret samarbejde.

Også Kriminalforsorgen kunne have udvist mere proaktivitet i forhold til at samle op på Xs forløb, vurderer kommissionen. Kriminalforsorgen indgår i udskrivningsaftalen og bliver orienteret om Xs indlæggelser på modtagelsesafsnittet. Deres rolle har været for tilbagetrukket i forhold til, at Kriminalforsorgen skal føre tilsyn med, at behandlingen tilrettelægges således, at fornyet kriminalitet undgås. Man indskrænker sin rolle til nærmest at være tilskuer til arbejdet, vurderer kommissionen. I et forløb som Xs bør Kriminalforsorgen handle mere aktivt, så der er et formål med at indgå som part i forløbet.

Delkonklusioner vedrørende kontinuitet

Selv om enkeltpersoner kan klandres for ikke at have sagt fra, vælger kommissionen hovedsageligt at vende kritikken mod strukturelle og ledelsesmæssige forhold af mere generel karakter i psykiatrien i Viborg og i Region Midtjylland. I forhold til et forløb som Xs, der i særdeleshed den sidste tid inden drabet har været præget af diskontinuitet, flere kortere indlæggelser og mange lægers indblanding og forskellige udmeldinger til X, er der ekstraordinært behov for koordinering og opretholdelse af en linje i behandlingstilgangen, som alle kender til og retter ind efter, og som evalueres løbende i fællesskab – en fælles behandlingsplan. På trods af at enkeltpersoner har siddet i funktioner, hvor de kunne have efterspurgt en større grad af helhedsorientering, er kommissionen klar over, at det kan være meget vanskeligt for den enkelte at sige fra, særligt hvad angår indsatsen over for de mest komplekse patienter/borgere, hvis forløb ofte er præget af akutte ændringer og ”brandslukning”. Dette vil blive behandlet mere indgående i næste afsnit.

Konklusion: Sikring af en helhedsorienteret indsats

Lanceringen af de tre fælles nationale værdier i psykiatrien: respekt, ansvar og faglighed i 2005 markerer betydningen af en tværgående psykiatri. Det fastslås, at der "*skal være sammenhæng for dem det drejer sig om*", og at det påhviler systemerne at sikre denne sammenhæng:

De systemer, der er til for at hjælpe, skal være helhedsorienterede, koordinerede, tilstrækkelige, gennemskuelige og respektfulde.⁴²

Sammenhængsudfordringerne i psykiatrien har de senere år fået opmærksomhed fra de nationale parter inden for psykiatriområdet, hvilket illustreres i det nedenstående, som kommissionen har taget udgangspunkt i og finder væsentlige:

De involverede fagfolk fra de forskellige sektorer skal, når det er relevant, gå hånd i hånd om at tilrettelægge de psykiatriske og socialpsykiatriske forløb gennem viden- og informationsdeling mellem de relevante fagfolk. Borgerne skal således i højere grad opleve overgangene mellem de relevante tilbud som glidende og uproblematisk, herunder ved udskrivning fra psykiatrisk behandling.

Der skal [...] lægges vægt på, at samarbejdet mellem de relevante sektorer og aktører på psykiatriområdet udbygges. Målet er at sikre sammenhæng og bedre kvalitet og en klar ansvarsfordeling i den enkelte sindslidendes forløb.

(Regeringen (november 2009):

Styrket indsats for sindslidende - handlingsplan for psykiatri, s. 11.)

For borgere med psykiske lidelser er det vigtigt at opleve sammenhæng i indsatsen. Der er på samme tid brug for at have velforberedte rammer og forløb parat og samtidig kunne udvise tilstrækkelig fleksibilitet i forhold til den enkelte borger. Der er derfor behov for et bedre samspil i såvel planlægning af kapacitet og indsatser som i daglig praksis i det konkrete borgerforløb. Det gælder i særdeleshed for særligt udsatte som fx psykisk syge med misbrug.

(KL (november 2011): *Den nære psykiatri – en styrket kommunal indsats, s. 4)*

...vi arbejder løbende på at gøre behandlingsforløb mere sammenhængende, så de tager udgangspunkt i patientens behov og ikke i, hvilke sektorer der tilbyder hvilke ydelser.

(Danske Regioner (marts 2009):

En psykiatri i verdensklasse - regionernes visioner for fremtidens psykiatri, s. 4)

Den psykiatriske patient skal opleve sammenhæng i indsatsen - ikke kun i form af en velplanlagt indsats i den enkelte enhed, men også på tværs, internt i sygehusvæsenet såvel som på tværs af sektorer og myndigheder. Koordination, kontinuitet og forpligtende klare aftaler om samarbejde og ansvar mellem alle involverede skal foreligge og fungere i praksis. Patientens delplaner skal hænge sammen og integreres.

(Sundhedsstyrelsen (august 2009): *National strategi for psykiatri, s. 8)*

⁴² Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005): *Fælles værdier i indsatsen for mennesker med en sindslidelse, s. 6.*

Som det fremgår af ovenstående synes intentionerne om at sætte patienten/borgeren i centrum for en koordineret indsats udbredte. Kommissionen ser det gennemgåede hændelsesforløb som udtryk for nødvendigheden af og en chance for at fastholde fokus på de udfordringer, der gør sig gældende for de involverede aktører.

Organisatoriske strukturers betydning for en helhedsorienteret indsats

Kommissionen ønsker med sine kritikpunkter i det forudgående ikke at udpege konkrete enkeltpersoner omkring X og Y som ansvarlige for fejl eller handlinger, der i sig selv har ført til, at drabet har fundet sted. Kommissionen har i gennemgangen af Xs forløb op til den tragiske hændelse i Region Midtjylland i februar 2012 fået indblik i en række uhensigtsmæssige forhold ved de rammer, de fagprofessionelle har ageret inden for. Der har vist sig en prioritering i psykiatrien, som ikke har tilgodeset samarbejde og helhedsorienteringen i Xs forløb. Kommissionen peger på den accept, der synes at have været fremherskende, af et fravær af viden om hinandens rammer og muligheder for at yde hjælp til Xs problematiske forløb. Ukendskabet til de øvrige fagprofessionelle afføder uhensigtsmæssige fortællinger i organisationerne om de øvrige aktører og lægger sten i vejen for den nødvendige koordinering af indsatsen. I dette tilfælde sågar en indsats, der for en stor dels vedkommende ydes af aktører ansat i samme regionale organisation.

Frem for at fremme samarbejdet mellem social- og behandlingspsykiatrien, peger kommissionen på, at Region Midtjyllands struktur på psykiatriområdet nærmere hæmmer samarbejdet mellem social- og behandlingspsykiatrien. Kommissionen fremsætter det som et problem, at socialpsykiatrien er "skrevet ud af" psykiatriplanen, som det beskrives af centerchefen i psykiatri og social. Socialpsykiatrien fungerer reelt ikke som en del af psykiatrien, men snarere som en del af det sociale område og opererer "bag" kommunerne, forklarer centerchefen og henviser til, at den sociale del i Psykiatri og Social har sine egne planer. Kommissionen udpeger dette som et strukturelt problem. Planerne er hver for sig udmærkede, men mens fx det somatiske område nævnes eksplicit tidligt i psykiatriplanen, så er samarbejdet med regionens egen socialpsykiatri næsten fraværende. Der skrives, at psykiatriplanen er et strategisk dokument. Så er det endnu mere uforståeligt, at en patient som X zigzagger frem og tilbage mellem to systemer, der end ikke på det strategiske niveau tvinges til at køre parløb. Der bør laves en samlet psykiatriplan. Socialpsykiatri er en del af det samlede psykiatriske tilbud. Man har som region nedprioriteret sammenhængen i psykiatrien ved at arbejde adskilt med to organisatoriske søjler. I psykiatriplanen sættes fokus på specialisering som en faglig udviklingsstrategi, men hvor socialpsykiatrien glider ud. Dertil kommer en nedprioritering af den ambulante psykiatri, som kunne varetage den koordinerende del, som er så nødvendig i mange patienters forløb.

Det reelle samarbejde internt i behandlingspsykiatrien har dårlige vilkår. Det gælder både mellem de ambulante parter (retspsykiatrisk klinik og overlægen i den ambulante behandlingspsykiatri), mellem de stationære dele (retspsykiatrisk sengeafsnit og modtagelsesafsnittet) og mellem disse parter på tværs. Forløbet omkring X dokumenterer, at behandlingsansvaret reelt har været skiftende. Kommissionen peger på, at en behandlingsansvarlig læge i ambulante regi skal have mulighed for at lægge en samlet behandlingsplan for patienten samt sikre opfølgningen af denne – også når en indlæggelse af en retspsykiatrisk patient sker i et almenpsykiatrisk modtagelsesafsnit, som det har været tilfældet i Xs forløb. Samarbejdet har i det gennemgåede forløb nærmest været fraværende. Samarbejdet er ikke blevet iscenesat af afdelingsledelsen, der for sin del

heller ikke har været opmærksom på problemet og krævet et samarbejde mellem den behandlingsansvarlige overlæge i den ambulante psykiatri og overlægen på det modtagelsesafsnit, hvor X blev genindlagt adskillige gange.

Hvad angår det manglende samarbejde imellem social- og behandlingspsykiatri, lyder det i interviews med repræsentanter for Psykiatri- og Socialledelsen i Region Midtjylland, at det er en velkendt problemstilling. Det tages af ledelsesrepræsentanterne som udtryk for kulturforskelle og dårlig kommunikation. Kommissionen peger på, at misforhold af kulturel og kommunikationsmæssig art blandt andet skabes af den måde, hvorpå et system er struktureret og organiseret. Kommissionen peger på behovet for ledelsesmæssige beslutninger, der har som erklæret formål at samle en splittet psykiatrisk indsats. Der er fra alle sider enighed om, at en sammenhængende indsats over for patienter/borgere, som bevæger sig mellem de åbne og lukkede regi, bør omfatte den sundhedsfaglige såvel som den socialfaglige indsats.

Socialpsykiatrien skal med sådanne beslutninger sikres tilstrækkelig adgang til supervision og vejledning fra behandlingspsykiatrien. Det kræver en samorganisering af det samlede psykiatriske tilbud og en faglig metodebevidsthed hos begge parter at etablere et tæt samarbejde med behandlingspsykiatrien om de borgere/patienter, hvor et sådant samarbejde er afgørende. Ledelsen af behandlingspsykiatrien skal etablere rammerne, hvorunder den behandlingsansvarlige overlæge i ambulans regi skal fungere som vidensperson og formidler mellem social- og behandlingspsykiatrien. Men når disse rammer udfordres af en svag lægedækning, er det afgørende, at der etableres muligheder for, at behandlings- og koordinationsopgaver varetages af andre faggrupper.

Tilsyns betydning for den faglige kvalitet

Kommissionen er gentagne gange vendt tilbage til en drøftelse af, hvilke muligheder den regionale ledelse har haft for at få kendskab til uhensigtsmæssigheder på arbejdspladserne i regionen; det vil sige, i hvilken grad psykiatri- og socialledelsen har haft mulighed for at vide, at samarbejdet var fraværende, at behandlingsansvaret ikke har været varetaget i Xs forløb, og at diskontinuiteten har været faretruende. Tilsyn, arbejdspladsvurderinger og administrative kvalitetssikringstiltag har ikke bidraget med advarsler forud for denne hændelse. Kommissionen ønsker at pege på, at generelle tilsyn, som de er udformet i dag, ikke bidrager til, at det hændte kan undgås. Kommissionen forholder sig i den forbindelse kritisk til Arbejdstilsynets rolle. Kort forud for hændelsen har Arbejdstilsynet "*intet at bemærke*" til Blåkærgård (besøg den 3. januar 2012). Efter hændelsen stiller Arbejdstilsynet adskillige krav til sikkerheden på arbejdspladsen (besøg den 9. februar og den 1. og 2. marts 2012). Dette vurderes af kommissionen som et tegn på, hvor unyttige denne form for tilsyn er i forhold til forebyggelse af risikofyldte hændelser. Kommissionen konkluderer, at tilsynene mere har karakter af rituelle handlinger, som ikke sikrer kvaliteten til det enkelte menneske. Der er tværtimod risiko for, at tilsynene medvirker til "blåstempling" af tilbuddene, og skærmer ledelsen fra at se på hverdagens reelle problemer.

Kommissionen anbefaler derfor, at ressourcerne, der anvendes på kontrollerende tilsyn, nedtones til det aller mest nødvendige, og at den faglige udvikling styrkes og følges gennem supervisionsaktiviteter med et læringsaspekt for øje.

Opmærksomhedspunkter til sikring af en helhedsorienteret psykiatri

Kommissionen konkluderer, at følgende områder bør få en særlig bevågenhed i udviklingen af en helhedsorienteret psykiatri:

1. **Psykologisk tilgang**
2. **Metodebevidsthed**
3. **Relevant dokumentation**
4. **Koordinering for at sikre kontinuitet**

Psykologisk tilgang

Kommissionen finder, at der i social- såvel som i behandlingspsykiatrien ikke har været en opmærksomhed på Xs vanskelige livshistorie og traumer. Der har ikke været brug af psykoterapeutiske metoder i forsøget på at hjælpe X til en højere grad af recovery, livskvalitet og en mindre problematisk livsform i form af fx misbrugsreduktion. Der er sporadiske tegn på, at fagprofessionelle har talt med X om hans udfordringer i forhold til at håndtere en vanskelig opvækst, men det indgår ikke som en del af en systematisk behandling. Det er vigtigt, at der er adgang til samtaleterapeutiske kompetencer, og at disse anvendes efter behov.

Metodebevidsthed

Kommissionen ser et fravær af metodiske overvejelser og argumenter for den faglige indsats, der ydes over for X. Den medikamentelle behandling bærer præg af ad hoc-justeringer alt efter Xs udsving i tilstand og ønsker. I sammenhæng med ovenstående efterspørger kommissionen en styrkelse af metodebevidstheden omkring den psykologiske indsats over for mennesker, der har behov for denne form for hjælp. Kommissionen anbefaler ikke bestemte faglige metoder, men en bevidsthed om de faglige valg, der træffes.

Relevant dokumentation

Kommissionen vurderer, at dokumentationen: journalføring og dagbogsnotering i social- såvel som behandlingspsykiatrien på trods af et rigt omfang har været kvalitativt mangelfuld i forhold til at synliggøre valg af metoder. Dokumentationen skal være faglig relevant og understøtte en løbende vurdering af Xs tilstand i forhold til den linje, man har valgt.

Koordinering for at sikre kontinuitet

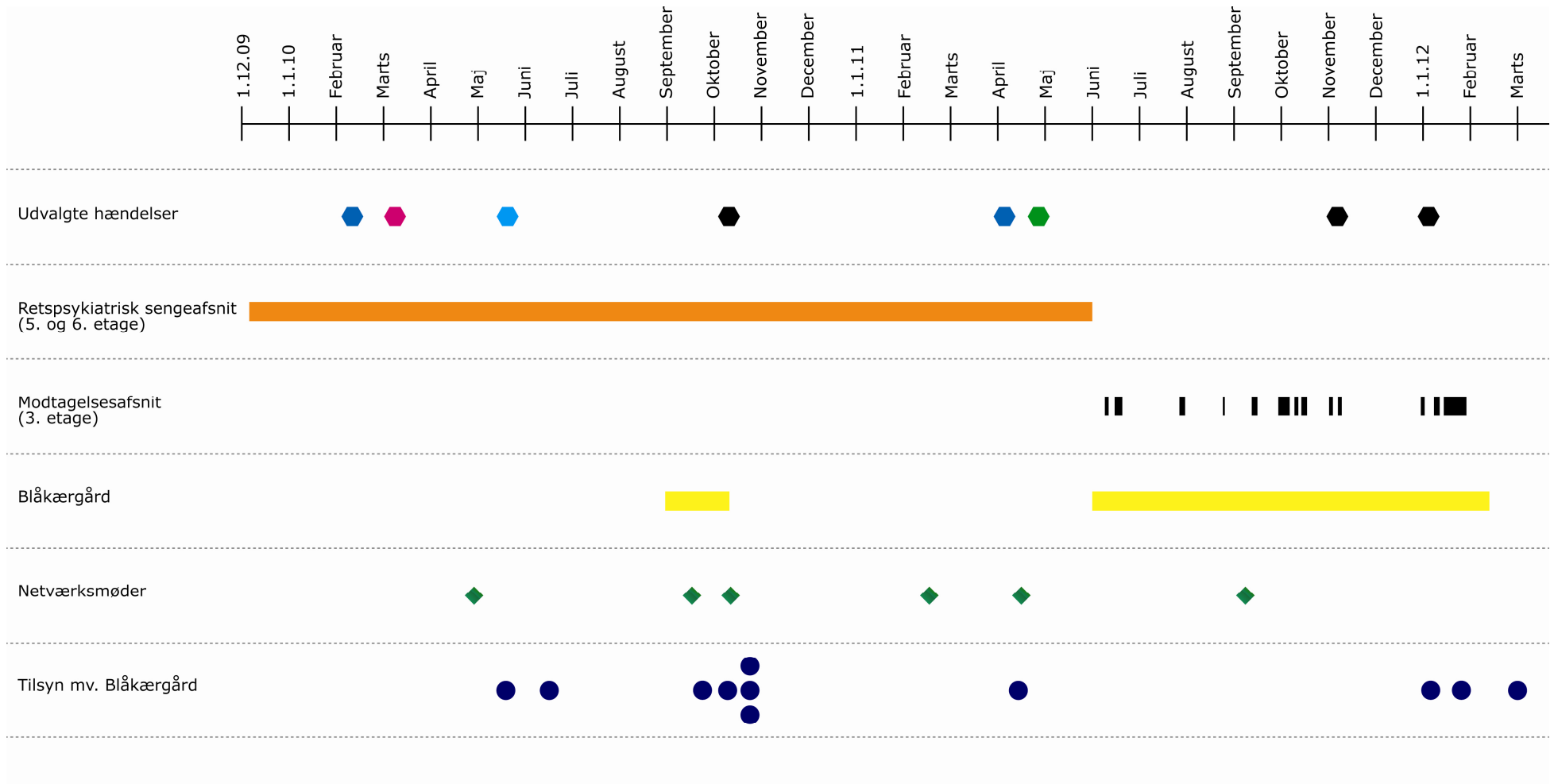
En afhjælpning af punkt 1-3 vil kun bidrage positivt i en borgers/patients liv, hvis det sker koordineret. Kommissionen finder det problematisk, at man fra ledelsesside ikke har krævet en højere grad af samarbejde og etableret en struktur for samarbejdet. Fagprofessionelle har "fået lov til" ikke at samarbejde, og har ikke i tilstrækkelig grad bidraget med deres ekspertise i forhold til behandlingen af X. Den udpegede behandlingsansvarlige læges arbejdsmæssige rammer har været utilstrækkelige i forhold til koordineringsopgaven.

Fagprofessionelle bør være bevidste om deres valg af behandlingsmetoder, medikamentelle såvel som terapeutiske og rehabiliterende metoder. Dette fordrer relevant uddannelsessammensætning på et tilstrækkeligt højt niveau i kombination med

opfølgende kurser, løbende supervision og vejledning. Den psykologiske tilgang skal afstemmes mellem de fagprofessionelle. Den samtaleterapeutiske hjælp, der ydes under en indlæggelse, skal hænge sammen med den psykologiske behandling, der tilrettelægges i socialt regi. Valget af metoder skal tilsvarende dokumenteres af hensyn til koordineringen og etableringen af en fælles forståelse af borgeren og dennes sygdom og øvrige udfordringer.

Igennem undersøgelsesforløbet har kommissionen noteret sig, at de involverede fagprofessionelle og ledere er enige i, at et større helhedssyn og bedre samarbejde vil gavne arbejdet og dermed borgeren. Et gennemgående træk hos de mange aktører omkring X har dog også været at pege på andre aktørers manglende bidrag til samarbejdet. Tanken synes at være, at forandringen – det øgede og kvalitativt forbedrede samarbejde – skal styrkes ved, at *andre* påtager sig ansvaret for, at forandringen sker, da den enkelte aktør mente, at viljen til samarbejde hos aktøren selv var til stede i tilstrækkeligt omfang. Kommissionen finder det imidlertid afgørende, at de organisatoriske rammer understøtter koordineringen og samarbejdet omkring borgeren, således at hver enkelt aktørs faglige indsats bidrager til den fælles opgave.

I denne rapport er - i henhold til forvaltningslovens § 27 og offentlighedslovens § 12 - udtaget en række oplysninger om enkeltpersoners personlige og private forhold, idet disse oplysninger er omfattet af reglerne om tavshedspligt.



Netværksmøder

- Netværksmøde 28.05.2010
- Netværksmøde 15.09.2010
- Netværksmøde 11.10.2010
- Netværksmøde 18.02.2011
- Netværksmøde 13.04.2011
- Netværksmøde 07.09.2011

